Spis treści

Wykaz skrótów ……...……...……...…… **7**

Wprowadzenie ……...…...…… **13**

Rozdział I

Znaczenie pojęcia błędu medycznego dla przypisania odpowiedzialności karnej w zespole medycznym ……...……**21**

1. Pojęcie błędu medycznego – rozważania terminologiczne ……..…...…… 21
2. Od subiektywnego do obiektywnego postrzegania błędu medycznego …….. 29
3. Definicja błędu medycznego w literaturze i orzecznictwie …….…… 31
4. Relacja pojęć „błąd medyczny" i „naruszenie reguł ostrożności" ……..….37
5. Ocena znaczenia pojęcia błędu medycznego dla karnoprawnego wartościowania 40

Rozdział II

Reguły ostrożności obowiązujące w okolicznościach zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych ……...…….....**44**

1. Cel zespołowego działania a ryzyka towarzyszące czynnościom medycznym wykonywanym w konstelacjach co najmniej dwuosobowych ……..……...……... 44
2. Zasada udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym standardem podstępowania medycznego a reguły zespołowego działania …….…… 50
3. Zasada ograniczonego zaufania ……...……..…….. 57
   - 3.1. Doniosłość zasady ograniczonego zaufania dla regulacji stosunków zachodzących w zespole …….……...…….… 57
   - 3.2. Treść zasady ograniczonego zaufania w sferze interakcji zachodzących pomiędzy uczestnikami ruchu drogowego ……...……...…59
   - 3.3. Zastosowanie zasady ograniczonego zaufania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych ……..…… 64
     - 3.3.1. Możliwości transpozycji zasady ograniczonego zaufania na grunt spraw medycznych …….…64
     - 3.3.2. Zaufanie w sytuacjach typowych ……...…...…….67
     - 3.3.3. Całkowite zaufanie ……...……...….. 68
     - 3.3.4. Utrata zaufania ……...……....71
     - 3.3.5. Względna nieufność ……...……74
     - 3.3.6. Wyjściowy brak zaufania ……..……75
     - 3.3.7. Zaufanie w kontakcie z przedmiotami a zaufanie do osób ……...….82

4. Zasada należytego nadzoru ……..…… 87
4.1. Zasada należytego nadzoru – zagadnienia ogólne……...…… 87
4.2. Pojęcie kontroli i nadzoru ……...…… 89
4.3. Specyfika podporządkowania w podmiocie leczniczym a atrybuty władzy nadzorczej ……...…… 95
4.3.1. Struktury poziome i pionowe współdziałania w zespole medycznym ….. 95
4.3.2. Normatywnie warunkowany system zarządzania podmiotem leczniczym ……..… 99
4.3.3. Status prawny profesjonalisty medycznego wynikający z rodzaju zatrudnienia ……100
4.3.4. Przynależność do grupy zawodowej korzystającej z ustawowo umocowanego przywileju samodzielności …… 107
4.3.5. Zależność nadzorcza praktykanta, stażysty i specjalizanta ……...……113
4.4. Charakter, zakres i natężenie wzajemnej weryfikacji poprawności wspólnie udzielanych świadczeń zdrowotnych …….……116
4.4.1. Czynniki determinujące kształt powinności kontroli i nadzoru sprawowanych w ramach działalności podmiotu leczniczego ……...…116
4.4.2. Czynności kontrolne w relacjach profesjonalistów medycznych o zbliżonym poziomie przygotowania zawodowego, w tym należących do tzw. „personelu pomocniczego” ...…...……..…… 119
4.4.3. Wgląd w działalność członków zespołu stojących wyżej w hierarchii służbowej lub niesformalizowanej …….……129
4.4.4. Nadzór nad pracą wykwalifikowanych podwładnych ……...… 132
4.4.5. Piecza nad osobami kształcącymi się w zawodach medycznych ….....… 137
4.4.6. Należyta reakcja na zidentyfikowane nieprawidłowości lub ryzyka ich wystąpienia ……...…...…… 145
5. Zasada kolegialnego podejmowania decyzji ……...…… 151
6. Zasada prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych ……..... 158
6.1. Błąd organizacyjny jako przejaw naruszenia zasady prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych ……...…. 158
6.2. Uwarunkowania organizacyjne determinujące nieprawidłowości w leczeniu ……...…… 165
6.2.1. Braki kadrowe …….…...165
6.2.2. Niewłaściwe warunki techniczne, sprzętowe i sanitarne ……...169
6.2.3. Wadliwe procedury organizacyjne ……...…….…… 172

6.3. Rejestr zdarzeń niepożądanych jako urzeczywistnienie wytycznych płynących z zasady prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych ……..…180
6.3.1. System raportowania zdarzeń niepożądanych – ekspozycja problemów skłaniających do jego wprowadzenia ……..……..…..... 180
6.3.2. Karnoprawne aspekty wprowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych – rozważania *de lege lata* i *de lege ferenda* ……..……186

Rozdział III

Formy współdziałania przestępnego mogące urzeczywistnić się w ramach prac zespołu medycznego ……..……193

1. Wpływ specyfiki zachowań podejmowanych w zespole medycznym na sposób kwalifikowania ich jako karnoprawnie relewantne formy przestępnego współdziałania ……..193
2. Istota sprawczego współdziałania ……...…..… 198
   2.1. Normatywna formuła sprawstwa rozszerzonego ……..……... 198
   2.2. Sprawstwo pojedyncze a sprawcze odmiany współdziałania ……...……... 206
      2.2.1. Samodzielne wykonanie czynu zabronionego ……..…206
      2.2.2. Współwykonanie czynu zabronionego …….……217
      2.2.3. Wykonanie czynu zabronionego w przypadku tzw. niewykonawczych postaci sprawstwa …….....……..…...…224
3. Współsprawstwo w zespole medycznym …….……227
   3.1. Konstytutywne elementy współsprawstwa z perspektywy czynów charakteryzujących się nieumyślnością ……...…… 227
   3.2. Problematyka współsprawstwa do czynu nieumyślnego …….…… 235
   3.3. Zastosowanie konstrukcji współsprawstwa do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych ……....… 257
4. Sprawstwo kierownicze w zespole medycznym ……...……...261
   4.1. Konstytutywne elementy sprawstwa kierowniczego z perspektywy czynów charakteryzujących się nieumyślnością ……...… 261
   4.2. Problematyka nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego ….... 262
   4.3. Zastosowanie konstrukcji nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych ……...…...274

5. Sprawstwo polecające w zespole medycznym ……...……..…… 279
5.1. Konstytutywne elementy sprawstwa polecającego z perspektywy czynów charakteryzujących się nieumyślnością ……...……...…. 279
5.2. Problematyka nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego ……...… 284
5.3. Zastosowanie konstrukcji nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych …….....291

Rozdział IV

Specyfika obiektywnego przypisania skutku powstałego w wyniku współdziałania w zespole medycznym …..……...……...……**298**

1. Skutki charakterystyczne dla spraw medycznych – w poszukiwaniu podstaw do ich przypisania w konstelacjach co najmniej dwuosobowych ……298
2. O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania z perspektywy prac zespołu medycznego ……...……...… 303
3. Normatywnie warunkowane mechanizmy przypisania skutku powstałego w warunkach zbiegu jednosprawstw albo kolizji odpowiedzialności za skutek …… 309
4. Zastosowanie konstrukcji tzw. negatywnych przesłanek przypisania skutku na gruncie spraw medycznych ……..… 319

Zakończenie ……...……**326**

Bibliografia ……...……**343**

Literatura …….…...…….. 343

Orzecznictwo sądowe ……...……..367

Akty prawne ……...……..…..... 373

Zasoby elektroniczne ……...……...377

Wykaz skrótów

Akty prawne

d.K.k. – ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94, akt archiwalny)

K.c. – ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1740)

K.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444)

K.p. – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320)

K.p.k. – ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 534)

Konstytucja – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.)

rozp.specjal.lek. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1566)

rozp.stand.anest. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 940)

rozp.stand.okołoporod. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756)

rozp.staż.podypl.lek. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2014 r. poz. 474)

rozp.szkol.podypl.pielęgn. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1761)

rozp.transplant. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2018 r. poz. 2060)

rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 595)

u.akred.ochr.zdr. – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135)

u.diagn.lab. – ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711)

u.działaln.leczn. – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 866)

u.inform.ochr.zdr. – ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 666)

u.izb.aptek. – ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 1419)

u.konsult.ochr.zdr. – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 886)

u.lecz.niepłodn. – ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2020 r. poz. 442)

u.P.farmaceut. – ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 974)

u.P.ruch.drog. – ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2021 r. poz. 450)

u.POZ – ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050)

u.praw.pacjent. – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849)

u.PRM – ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882)

u.publ.służb.krwi – ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1777)

u.samorz.lek. – ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342)

u.samorz.pielęgn. – ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 628)

u.świad.opiek.zdr. – ustawa dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285)

u.transplant. – ustawa dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2020 r. poz. 2134)

u.zakaźn. – ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845)

u.zawod.farmaceut. – ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 97)

u.zawod.fizjoter. – ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 553)

u.zawod.lek. – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790)

u.zawod.pielęgn. – ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479)

Akty deontologiczne

KEA – Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej

KEDL – Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego

KEF – Kodeks Etyczny Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej

KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej

KEPiP– Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej

ZEZF – Zasady Etyki Zawodowej Fizjoterapeuty

Czasopisma i publikatory

AMSiK – Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii

Analiz. Przyp. Piel. Położn. – Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo

AUL. Folia Iuridica – Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica

AUL. Folia Oeconomica – Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica

AUMCS – Sectio G – Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio G (Ius)

BZP – Bioetyczne Zeszyty Pediatrii

CzPKiNP – Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych

Dz.U. – Dziennik Ustaw

Dz.U.MZ – Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia

EEiM – Edukacja Ekonomistów i Menedżerów

Gin. i Perin. Prakt. – Ginekologia i Perinatologia Praktyczna

HH – Homines Hominibus

KPPubl. – Kwartalnik Prawa Publicznego

MP – Medycyna Praktyczna

MW – Medyczna Wolanda

NKK – Nowa Kodyfikacja Karna

NKPK – Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego

NP – Nowe Prawo

Orz. Lek. – Orzecznictwo Lekarskie

OSNC – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna

OSNCK – Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej i Izby Karnej

OSNKW – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa

OSNP – Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych

OSNPG – Orzecznictwo Sądu Najwyższego, Wydawnictwo Prokuratury Generalnej

OSNwSK – Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych

OSP – Orzecznictwo Sądów Polskich

OSPiK – Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych

PAIM – Polish Archives of Internal Medicine

Pal. – Palestra

Perinat. Neonat. i Gin. – Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia

Pielęgn. Pol. – Pielęgniarstwo Polskie

PiM – Prawo i Medycyna

PiP – Państwo i Prawo

PN UEWr – Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

POSAG – Przegląd Orzecznictwa Sądu Apelacyjnego w Gdańsku

PP – Problemy Praworządności

PPK – Przegląd Prawa Karnego

Probl. Pielęgn. – Problemy Pielęgniarstwa

Prok. i Pr. – Prokuratura i Prawo

PS – Przegląd Sądowy

RPEiS – Ruch Prawny, Ekonomiczny i Społeczny

SIT – Studia Iuridica Toruniensia

SP – Studia Prawnicze

SPE – Studia Prawno-Ekonomiczne

SPK – System Prawa Karnego

SPM – System Prawa Medycznego

SPu – Studia Prawnoustrojowe

St. Lub. – Studia Lubuskie

WPP – Wojskowy Przegląd Prawniczy

Zdr.Publ. – Zdrowie Publiczne

ZN OTN – Zeszyty Naukowe Ostrołęckiego Towarzystwa Naukowego

ZNTD UJ – Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ

ZZL – Zarządzanie Zasobami Ludzkimi

Organy i instytucje

CEM – Centrum Egzaminów Medycznych

CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

CMKP – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

GIF – Główny Inspektor Farmaceutyczny

KIDL – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

KIF – Krajowa Izba Fizjoterapeutów

KRF – Krajowa Rada Fizjoterapeutów

MEN – Minister Edukacji Narodowej

MNiSW – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego

MPiPS – Minister Pracy i Polityki Społecznej

MS – Minister Sprawiedliwości

MZ – Minister Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIA – Naczelna Izba Aptekarska

NIL –Naczelna Izba Lekarska

NIPiP – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

PTF – Polskie Towarzystwo Fizjoterapii

RCL –Rządowe Centrum Legislacji

RE – Rada Europy

RM – Rada Ministrów

RP – Rzeczpospolita Polska

SA – Sąd Apelacyjny

SN – Sąd Najwyższy

SO – Sąd Okręgowy

UE – Unia Europejska

URL – Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

WHO – World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

Inne

EKG – elektrokardiografia

i in. – i inni

i n. – i następne

NY – New York

obw. – obwieszczenie

oficjaln. str. internet. – oficjalna strona internetowa

opr. – opracowanie

opubl. – opublikowano

orzecz. – orzeczenie

por. – porównaj

post. – postanowienie

późn. zm. – późniejsze zmiany

prez. – prezes

PWZ – prawo wykonywania zawodu

rozp. – rozporządzenie

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

uchw. – uchwała

ust. – ustęp

wyr. – wyrok

zał. – załącznik

zarządz. – zarządzenie

zob. – zobacz

Wprowadzenie

Dynamiczny rozwój nauki i technologii – oraz towarzyszący mu nieodzownie proces coraz dalej idącej specjalizacji, związany z pogłębianiem się izolacji szczegółowych dziedzin wiedzy – sprawia, że podział pracy, a zatem powierzanie poszczególnych jej odcinków różnym profesjonalistom, zdaje się być nieuniknione. Z kolei wśród czynników warunkujących osiąganie wysokiej jakości efektów w danym obszarze działalności społecznej – w tym skuteczne minimalizowanie naturalnie generowanych przez nią ryzyk dla dóbr prawnie chronionych – szczególną rolę odgrywa właściwa organizacja, najogólniej rozumiana jako proces „łączenia różnych elementów systemu pracy na zasadzie współprzyczyniania się części do powodzenia całości”[1]. Newralgicznym punktem styku zaś, w którym skupiają się jak w soczewce wskazane, wysoce problemowe, determinanty jest proces karnoprawnego wartościowania zachowań podejmowanych w ramach zespołowo udzielanych świadczeń zdrowotnych, których następstwem jest penalizowany skutek dla życia i zdrowia pacjenta; będący obszarem tematycznym, wokół którego ogniskują się rozważania przedstawione w niniejszej dysertacji.

Głównym argumentem przemawiającym za skoncentrowaniem uwagi w jej ramach na problematyce odpowiedzialności karnej współdziałających w procesie leczenia jest przede wszystkim doniosłość problemu wynikająca z jego wielowymiarowości w aspekcie teoretycznym, dogmatycznym i pragmatycznym wobec wysokiej złożoności możliwych do wystąpienia na zakreślonym gruncie – a jednocześnie typowych dla tych okoliczności – układów sytuacyjnych, indukowanej za sprawą współczesnego skomplikowania czynności medycznych, niejednokrotnie wykonywanych w konstelacjach co najmniej dwuosobowych, jednocześnie lub sekwencyjnie, wieloetapowo, w systemie zmianowym, w rozbudowanych strukturach organizacyjnych, jakimi są podmioty lecznicze. Owa wszak – aktualizująca liczne trudności i stąd przesądzająca o wadze problemu – złożoność potencjalnych stanów faktycznych siłą rzeczy przedkłada się na złożoność karnoprawnej oceny zachowań osób uczestniczących w akcie przestępnym jako że utrudnia identyfikację podmiotów odpowiedzialnych lub choćby kandydatów na sprawców, ustalenie rozkładu i granic

[1] J. Penc, *Przesłanki i warunki organizowania pracy w zespole*, RPEiS 1989, Nr 3, s. 287; Tak we wcześniejszej literaturze: T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Wrocław 1982, s. 68.

ich odpowiedzialności, zdekodowanie całokształtu reguł ostrożności obowiązujących poszczególnych uczestników wartościowanego zdarzenia, a ostatecznie obiektywne przypisanie sprawstwa współzdziałanego, znamiennego skutkiem, czynu zabronionego. Co zaś – z punktu widzenia wyboru przedmiotu dociekań naukowych – nawet istotniejsze, w zakreślonym obszarze tematycznym można odnotować zbieganie się zagadnień, które nie doczekały się jak dotąd omówienia, bądź w ogóle bądź wyczerpującego opracowania, uwzględniającego specyfikę odpowiedzialności karnej pracowników medycznych w okolicznościach zespołowego działania, w tym w przypadku skutku zaistniałego jako konsekwencja błędu warunkowanego wadliwą organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. „błędu organizacyjnego"). Specyfika ta, która – jak wspomniano – nie znajduje obecnie dostatecznego odzwierciedlenia w literaturze karnistycznej nader wyraźnie przejawia się na płaszczyźnie reguł ostrożności, przestępnego współdziałania oraz obiektywnego przypisania skutku będącego rezultatem swoistej kumulacji ryzyk wytworzonych zachowaniami autorstwa przynajmniej dwóch osób. Klamrę natomiast – spinającą w całość wszystkie wskazane zagadnienia problemowe – stanowią właśnie przypadki zespołowo udzielanych świadczeń zdrowotnych, których następstwem jest penalizowany skutek dla życia i zdrowia pacjenta.

Z powyższej perspektywy nie można tracić z pola widzenia po pierwsze tego, że w omawianej sferze aktywności profesjonalnej dochodzi do stopniowego – odpowiadającego aktualnie panującym realiom – wykształcania się dodatkowych reguł ostrożności, specyficznych dla pracy zespołowej, szczególnie intensywnie czerpiących z takich dziedzin jak organizacja ochrony zdrowia, zarządzanie ryzykiem, zasobami ludzkimi lub wiedzą i informacją, ergonomia oraz psychologia organizacji; co, biorąc pod uwagę, że naruszenie zasad postępowania z dobrem prawnym (zwłaszcza jego charakter i stopień) jest kryterium oceny wartości czynu przeprowadzanej począwszy od płaszczyzny bezprawności, poprzez karalność, w tym w zakresie ustalenia realizacji przesłanek nieumyślności i relewantności przebiegu przyczynowego, a skończywszy na etapie badania karygodności, może zasadniczo przekładać się na jej wynik. Przy czym już na wstępie niniejszej rozprawy należy wyraźnie zaznaczyć, że – choć w jej ramach zrezygnowano z reprodukcji bogatego materiału doktrynalnego i orzeczniczego, poświęconego takim problemom natury ogólnej jak bezprawność, nieumyślność oraz reguły ostrożności w ogólności, by móc skoncentrować uwagę

na zagadnieniach szczegółowych, swoistych dla okoliczności zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych i przestępnych tego rezultatów – pojęciem „reguł ostrożności" (ewentualnie zamiennie „zasad postępowania z dobrem prawnym" bądź wyrażeniami synonimicznymi) operuje się w niniejszym opracowaniu w ścisłym odniesieniu do art. 9 K.k. Wprawdzie w przepisie tym nie wzmiankuje się o jakichkolwiek regułach, lecz o „ostrożności wymaganej w danych okolicznościach", niemniej – jak się wydaje – nie wymaga szczególnej obrony pogląd, że dla wyznaczenia jej granic konieczne jest formułowanie na różnych płaszczyznach aktywności człowieka reguł, które pozwalają na wykazanie ewentualnej nieprawidłowości, nieostrożności, społecznej nieakceptowalności, nieadekwatności (jako nadmiernie ryzykowanego) zachowania z nimi sprzecznego; reguł posiadających tym samym znaczenie „wskaźnikowe", ukierunkowujące na bezprawność (przełamanie zasad postępowania z atakowanym dobrem prawnym) i nieumyślność (niezachowanie wymaganej ostrożności), uprawdopodabniających ich istnienie, choć skądinąd nieprzesądzających definitywnie o ich bycie. Poczyniona uwaga rozciąga się na kluczowe z punktu widzenia niniejszej pracy zasady zespołowego działania. W tym sensie – w założeniu przyjętym na potrzeby niniejszego opracowania – wszystkie omawiane w dalszych jego fragmentach reguły ostrożności, obowiązujące w okolicznościach zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych, zdatne są stanowić podstawę rozważenia bytu sprawstwa przestępstwa charakteryzującego się nieumyślnością. Nie wpisują się one zatem w kategorię tzw. „reguł porządkowych"[2], choć niejednokrotnie wykazują powiązanie logiczne ze sferą organizacji. Podniesione zastrzeżenie – poza nadmienioną sferą bezprawności i nieumyślności – zachowuje swą aktualność ponadto na płaszczyźnie przypisania skutku; lecz również w innych obszarach karnoprawnego wartościowania, jak np. na polu badania karygodności, w których to kryterium oceny stanowią reguły ostrożności, aczkolwiek ten ostatni aspekt pozostawia się poza zakresem studium. W opracowaniu pomija się także – wymagający odrębnego potraktowania – problem zawinienia.

Po drugie, jako domagającą się pogłębienia, warto wyeksponować problematykę współdziałania do czynów charakteryzujących się nieumyślnością, którymi co do zasady są zachowania podejmowane przez profesjonalistów medycznych, z położeniem szczególnego nacisku na rozważenie dopuszczalności – proponowanej na gruncie niniejszej pracy – formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego/ polecającego

[2] A. J. Szwarc, *Karnoprawne funkcje reguł sportowych*, Poznań 1997, s. 80 i n.

do czynu nieumyślnego, tj. sytuacji, gdy postawa inkryminowanego charakterystyczna dla nieumyślności zachodzi zarówno po stronie sprawcy kierowniczego/ polecającego, jak i bezpośredniego wykonawcy. Asumpt do zbadania przydatności konstrukcji przestępnego współdziałania w przypadku sprawstwa czynów materialnych zachodzących w zespołach medycznych stanowią także doniesienia środowiska medycznego, podnoszącego niekompatybilność stosowanego dotąd – w praktyce wymiaru sprawiedliwości – mechanizmu (modelu) ustalania odpowiedzialności karnej ukierunkowanego na jednosprawstwo z uwarunkowaniami współczesnego systemu ochrony zdrowia, którego integralną cechą jest świadczenie usług medycznych w złożonych układach sytuacyjnych, w tym w formie kierowania zespołami oraz wydawania zleceń lekarskich. Jak sygnalizują biegli lekarze, aby przywołać jedną z wypowiedzi: „w praktyce medyczno-sądowej niestety wciąż spotyka się takie przypadki zespołowych błędów medycznych, w których zarzuty (..) są stawiane jednej (nie do końca właściwej) osobie, pozostającej niejako obok zasadniczego procesu decyzyjnego i niemającej zasadniczego wpływu na losy pacjenta, ewentualnie będącej jedynie ogniwem w rozciągniętym i kilkuetapowym procesie diagnostyczno-terapeutycznym”[3]. Ze wskazanych względów dociekania przeprowadzone w ramach przygotowywania dysertacji zdają się mieć znaczenie nie tylko dogmatyczne, lecz również praktyczne. Mogą one bowiem rzucić nieco światła na możliwość zastosowania konstrukcji sprawstwa rozszerzonego do czynu nieumyślnego, i przyczynić się do wyboru – w ramach rozstrzygania konkretnych spraw – formy sprawstwa bardziej adekwatnej do specyfiki udzielania świadczeń zdrowotnych niż sprawstwo pojedyncze.

Po trzecie zaś dostrzeżenia wymaga – jako przyczynek do kontynuowania badań nad kryteriami obiektywnej przypisywalności – że w konstelacjach interpersonalnych, w jakich zwyczajowo udziela się współcześnie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza tych występujących w sekwencyjnym wariancie temporalnym, poza aktualizacją przesłanek przestępnego współdziałania w rozumieniu art. 18 K.k., może dochodzić do różnego rodzaju zbiegów i kolizji odpowiedzialności za negatywnie wartościowany rezultat wadliwie wykonanej procedury medycznej – co nie pozostaje bez wpływu na możliwości w zakresie jego obiektywnej przypisywalności – determinujących rozważenie

[3] R. Skowronek, C. Chowaniec, *Odpowiedzialność karna lekarza w zespołowym działaniu – ocena medyczno-sądowa skrajnie odmiennych przypadków klinicznych zakończonych zgonem pacjentów*, MP 2016, Nr 3, s. 123.

użyteczności tzw. negatywnych przesłanek przypisania skutku dla rozstrzygania o tym, na czyje konto należy zarachować finalną zmianę z świecie zewnętrznym.

Zasadniczym założeniem badawczym przyjętym na potrzeby przygotowania niniejszej pracy uczyniono interdyscyplinarne ujęcie omawianego tematu, umożliwiające nawiązanie – potrzebne dla holistycznego spojrzenia na problem – do takich zagadnień z pogranicza nauk prawnych oraz nauk medycznych i nauk o zdrowiu, jak: standardy postępowania medycznego, w tym procedury zakładające konieczność przekazywania pacjenta innym jednostkom organizacyjnym celem wdrożenia kolejnych etapów diagnozy i terapii; organizacja ochrony zdrowia, w tym organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych; zarządzanie w ochronie zdrowia, w tym organizacja i kierowanie oddziałami szpitalnymi; system kształcenia kadr medycznych, w tym nadzór nad szkolącymi się praktykantami, stażystami i specjalizantami; bezpieczeństwo pacjenta i jakość w ochronie zdrowia, w tym proces akredytacji w ochronie zdrowia i system raportowania zdarzeń niepożądanych. Naturalnym następstwem tego zamysłu jest ekspozycja w ramach dysertacji szeregu problemów granicznych, znajdujących się zwłaszcza w punkcie styku prawa karnego i prawa medycznego, lecz także rozważenie inkorporacji rozwiązań z obszaru prawa o ruchu drogowym (zasada ograniczonego zaufania), jak również przegląd instytucji właściwych prawu administracyjnemu (kontrola i nadzór) oraz prawu pracy (specyfika poszczególnych form zatrudnienia możliwych w przypadku profesjonalistów medycznych i ich związana z tym pozycja w zespole).

Z uwagi na obszerność materiału badawczego rezygnuje się z analizy w ujęciu komparatystycznym. Zabieg ten jest jednak celowy, bowiem przyjęcie odmiennego podejścia – biorąc pod uwagę ograniczone ramy opracowania – mogłoby prowadzić do zbyt daleko idącego uogólnienia rozważań. Tym samym jako dominującą metodę badawczą obiera się metodę formalno-dogmatyczną (analiza stanu prawnego, literatury, poglądów doktryny), z elementami metod: empirycznej (analiza orzecznictwa sądowego), historycznej (analiza ewolucji wybranych instytucji jako zjawiska w czasie, np. błędu medycznego i współdziałania przestępnego) oraz prawnoporównawczej (analiza literatury zagranicznej w poszukiwaniu wzorów rozwiązań badanych problemów w innych krajach, np. w zakresie systemu raportowania zdarzeń niepożądanych). Z podanych względów na marginesie rozważań pozostawia się warstwę

teoretycznoprawną przypisania sprawstwa współdziałanego czynu nieumyślnego znamiennego skutkiem.

Za priorytetowe kierunki dociekań naukowych uznaje się w konsekwencji: po pierwsze – rozważenie wpływu obecnych trendów w zakresie świadczenia usług medycznych na kształtowanie się reguł ostrożnego postępowania z dobrami prawnymi w postaci życia i zdrowia pacjenta; po drugie – zbadanie możliwości zastosowania konstrukcji współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego w odniesieniu do czynów charakteryzujących się nieumyślnością, jakimi są zachowania podejmowane przez pracowników medycznych; po trzecie – przeprowadzenie studiów nad normatywnie osadzonymi mechanizmami interpretacyjnymi użytecznymi dla rozstrzygania zbiegów i kolizji odpowiedzialności za skutek przestępny spowodowany w co najmniej dwuosobowych układach sytuacyjnych.

Celem zaprezentowania ich wyników dysertacja podzielona została na cztery rozdziały, których zawartość przedstawia się następująco:

Rozdział I obejmuje – stanowiące przedpole dla dalszych rozważań – opracowanie o charakterze terminologicznym poświęcone ewolucji rozumienia pojęcia błędu medycznego, ukazujące specyfikę relacji pomiędzy przywołanym terminem, wypracowanym w literaturze i orzecznictwie, a normatywnym sformułowaniem, jakim jest „niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach", zwieńczone oceną przydatności posługiwania się określeniem „błąd medyczny" i zwrotów pokrewnych na gruncie przypisywania odpowiedzialności karnej, zwłaszcza w okolicznościach zespołowego działania.

Rozdział II prezentuje szczegółowe studium reguł ostrożności obowiązujących profesjonalistów medycznych działających zespołowo, w tym zasadę ograniczonego zaufania, należytego nadzoru, kolegialnego podejmowania decyzji oraz prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, włączywszy w to problematykę tzw. „błędu organizacyjnego", będącego przejawem naruszenia tej ostatniej oraz rejestru zdarzeń niepożądanych jako urzeczywistnienia wytycznych z niej płynących.

Rozdział III zawiera wyniki dociekań w przedmiocie dopuszczalności odniesienia sprawczych form współdziałania przestępnego do czynów nieumyślnych, jak również co do możliwości zastosowania współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego w procesie rozpatrywania spraw medycznych,

w tym użyteczności wspomnianych konstrukcji jurydycznych na gruncie czynów przestępnych typowo popełnianych przez kadrę udzielającą świadczeń zdrowotnych.

Rozdział IV poświęcony jest zasadniczo tzw. negatywnym przesłankom obiektywnego przypisania, które poddaje się ocenie na okoliczność ich praktycznej doniosłości z perspektywy obecnego stanu badań nad tego rodzaju kryteriami interpretacyjnymi, aby na zakończenie przedstawić uwagi instruktywne co do chronologii procesu karnoprawnego wartościowania z ich wykorzystaniem w przypadku spraw medycznych, immanentnie łączących się z problemem wielości potencjalnych sprawców.

Z uwagi na fakt, że odpowiedzialność karna pracowników medycznych jest zagadnieniem rozległym, koniecznym jest zawężenie zakresu niniejszej pracy do wybranych kwestii. Rozważania prezentowane w jej ramach koncentrują się wokół problematyki realizacji przez pracowników medycznych znamion przestępstw materialnych skierowanych przeciwko życiu i zdrowiu stypizowanych w rozdziale XIX Kodeksu karnego, popełnionych nieumyślnie w warunkach współdziałania w procesie leczenia. W obszarze badawczym zakreślonym na potrzeby dysertacji znajdują się zatem czyny zabronione stypizowane w art. 155 K.k. (nieumyślne spowodowanie śmierci), art. 156 § 2 K.k. (nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu), art. 157 § 3 K.k. (nieumyślne spowodowanie średniego albo lekkiego uszkodzenia ciała), art. 160 § 3 K.k. (nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Z kolei poza zakresem studium pozostają w szczególności: art. 162 K.k. (nieudzielenie pomocy), jako że jest to przestępstwo formalne, dedykowane nieprofesjonalistom; art. 192 K.k. (dokonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta), z uwagi na fakt, że przepis nie chroni dobra prawnego w postaci życia i zdrowia a prawo pacjenta do samostanowienia; art. 157a K.k. (uszkodzenie ciała dziecka poczętego) i art. 152-153 K.k. (aborcja), gdyż są to przestępstwa charakteryzujące się umyślnością; oraz art. 27 K.k. (eksperyment medyczny), z racji tego, że materia ta jest na tyle złożona, że zasługuje na odrębne potraktowanie.

Ponadto badania we wskazanym zakresie przeprowadza się z perspektywy problematyki współdziałania przestępnego, co znajduje odzwierciedlenie w sposobie ujęcia prezentowanych w dysertacji treści i rozkładzie akcentów tematycznych. Zarówno bowiem fragmenty pracy poświęcone regułom ostrożności obowiązującym pracowników medycznych, jak i problematyce przypisania skutku – odnosi się w jej ramach

do zagadnienia centralnego, którym jest współdziałanie. Z tego też względu rozdział dotyczący form rozszerzonego sprawstwa, które mogą urzeczywistnić się w toku prac zespołu medycznego oraz możliwości zastosowania konstrukcji współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego na gruncie spraw medycznych uznaje się za stanowiącą zasadniczą i stąd stosunkowo najszerszą część pracy.

Rozdział I
Znaczenie pojęcia błędu medycznego dla przypisania odpowiedzialności karnej w zespole medycznym

1. Pojęcie błędu medycznego – rozważania terminologiczne

Z uwagi na fakt, że problematyka tzw. „błędu medycznego" i zagadnienia z nią łączone, zwłaszcza zaś kwestia odpowiedzialności prawnej pracowników medycznych za jego skutki, stanowią od lat przedmiot badań naukowych zarówno w zakresie prawa[4],

[4] Zob. w szczególności: T. Cyprian, P. Asłanowicz, *Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza*, Kraków 1949; J. Sawicki, *O odpowiedzialności za błędny zabieg leczniczy. Problem winy*, PiP 1954, Nr 6, s. 991-1016; tenże, *Glosa do wyroku SN z dnia 3 grudnia 1958 r., IV K 28/58*, PiP 1960, Nr 1, s. 200-208; tenże, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej* [w:] W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej*, Warszawa 1958, s. 103-111; tenże, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, Warszawa 1965; W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność …*, 1958; J. Radzicki, *Ryzyko zabiegów lekarskich w prawie karnym*, Warszawa 1967; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1968; A. Sandomierski, *Błąd sztuki lekarskiej w orzecznictwie Komisji Kontroli Zawodowej*, NP 1979, Nr 10, s. 39-55; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu medycznego działającego w zespole*, Pal. 1983, Nr 10, s. 55-71; taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991; W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność prawna lekarza*, Warszawa 1988; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988; A. Liszewska, *Wątpliwości wokół pojęcia błędu w sztuce lekarskiej*, AUL. Folia Iuridica 1994, Nr 60, s. 129-138; taż, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998; taż, *Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne* [w:] J. Zajdel (red.), Meritum. Prawo medyczne, Warszawa 2016, s. 388-430; S. Rutkowski, *Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza*, Prok. i Pr. 1999, Nr 9, s. 71-91; M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000; M. Legień, M. Kobek, *Problematyka błędu lekarskiego w ocenie sędziów i prokuratorów*, PiM 2000, Nr 8, s. 67-69; M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2001; E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001; taż, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, PiM 2001, Nr 9, s. 38-47; taż, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza a odpowiedzialność karna*, PiM 2004, wydanie specjalne, s. 61-76; P. Daniluk, *Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy*, PiM 2004, Nr 17, s. 45-57; P. Kardas, *Błąd w sztuce medycznej a odpowiedzialność karna lekarza. Kilka uwag o przesłankach bezprawności zachowania lekarza wykonującego zabieg diagnostyczny lub leczniczy*, BZP 2007, Nr 4, s. 78-96; K. Bączyk-Rozwadowska, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego*, PiM 2008, Nr 32, s. 26-45; taż, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2013; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009; R. Kokot, M. Banasiewicz, *Z problematyki odpowiedzialności karnej za błąd w sztuce lekarskiej*, NKPK 2009, Nr 24, s. 101-119; R. Augustyn, *Zarys metodyki obrony lekarza w postępowaniu w sprawach o błąd medyczny*, Poznań 2010; E. Plebanek, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w aspekcie leczenia za pomocą nierozpowszechnionych lub nowatorskich metod terapeutycznych*, PiM 2010, Nr 39, s. 48-67; M. Serwach, *Pojęcie błędu medycznego, szkody, związku przyczynowego oraz winy jako przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarza*, MP 2010, Nr 11, s. 119-127; A. Skrabucha, *Błąd lekarski w sądzie*, PiM 2010, Nr 40, s. 66-72; W. Wróbel, *Zagadnienia prawne błędów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem „błędów niezawinionych"* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, Kraków 2010, s. 149-156; D. Korytkowska, *Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego*, AUL. Folia Oeconomica 2012, Nr 274, s. 61-70; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych*, Kraków 2012; tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd medyczny popełniony w zespołowym działaniu*, MP 2012, Nr 2, s. 114-121; E. Jęczmionka-Kopińska, *Błąd w sztuce i niepowodzenie medyczne w polskim systemie prawnym. Prawnoetyczne uwarunkowania zabiegów medycznych*, Poznań 2013; T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013; M. Wolińska, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Prok. i Pr. 2013, Nr 5, s. 19-35; R. Szostak,

jak i nauk medycznych bądź nauk o zdrowiu[5] – już na wstępie tej części rozważań wypada zaznaczyć, że celem niniejszej pracy nie jest całościowa reprodukcja bogatego materiału

M. Kozak, *Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej*, SPu 2014, Nr 23, s. 119-130; A. Fiutak, *Błąd medyczny i niepożądane zdarzenia medyczne – odpowiedzialność prawnokarna* [w:] T. Gardocka, D. Jagiełło (red.), *Medyczne prawo karne*, Warszawa 2016, s. 51-67; taż, *Prawo w medycynie*, Warszawa 2019; P. Zieliński, *Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego*, MW 2016, Nr 8, s. 181-195; A. Sieńko, D. Kaczmarczyk, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej*, Warszawa 2017; T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red), *SPM. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznym, t. 3*, Warszawa 2021; E. M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność karna za błędy medyczne*, Warszawa 2021.

[5] Zob. w szczególności: B. Popielski, *Medycyna i prawo*, Warszawa 1963, s. 252-258; tenże, *Orzecznictwo lekarskie*, Warszawa 1981, s. 332-343; E. Baran, *Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski*, AMSiK 1996, Nr 46, s. 253-259; tenże, *O wydawaniu opinii w sprawach o błąd lekarski w postępowaniu karno-sądowym*, AMSiK 1998, Nr 48, s. 221-225; W. Nasiłowski, J. Szczepański, *Błąd lekarski rozpatrywany w granicach odpowiedzialności zawodowej*, AMSiK 1997, Nr 47, s. 99-105; Z. Parkitna-Cegła, *Błąd medyczny czy nieszczęśliwy wypadek w pracy pielęgniarki*, AMSiK 1997, Nr 47, s. 107-109; Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999; T. Tołłoczko, *Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty*, PiM 2000, Nr 5, s. 48-58; D. Deboa, K. S. Borowiak, K. Ciechanowski, M. Kurzejamska-Parafiniuk, *Zatrucie tioridazyną czy skutek błędów terapeutycznych przyczyną zgonu trzyletniej dziewczynki*, AMSiK 2002, Nr 52, s. 111-119; M. Mizerska, J. Berent, M. Barzdo, L. Markuszewski, S. Szram, *Błędy medyczne z zakresu chorób wewnętrznych w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UM w Łodzi*, AMSiK 2004, Nr 54, s. 252-258; M. Chowaniec, C. Chowaniec, C. Jabłoński, A. Nowak, *Sądowo-lekarska ocena wybranych przypadków komplikacji okołoporodowych zakończonych zgonem położnic. Błąd medyczny czy niepowodzenie lecznicze?*, AMSiK 2005, Nr 55, s. 115-119; T. Konopka, *Błąd lekarski w medycynie alternatywnej*, AMSiK 2005, Nr 55, s. 225-230; C. Chowaniec, M. Chowaniec, M. Kobek, A. Nowak, *Jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych z następową szkodą żółciową w przypadkach cholecystektomii metodą laparoskopową: błąd medyczny techniczny czy niepowodzenie lecznicze. Ocena sądowo-lekarska wybranych przypadków*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 11-18; 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*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 95-100; C. Żaba, Z. Żaba, P. Świderski, A. Klimberg, J. T. Marcinkowski, Z. Przybylski, *Błędy diagnostyczne w urazach głowy*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 115-117; C. Żaba, Z. Żaba, J. T. Marcinkowski, A. Klimberg, *Przediagnozowanie w rozpoznaniu obrażeń czaszkowo-mózgowych jako błąd diagnostyczny*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 134-137; D. Deboa, *Błędy medyczne z zakresu chirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej PAM i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie*, AMSiK 2007, Nr 58, s. 205-209; C. Chowaniec, M. Chowaniec, M. Kobek, A. Nowak, *O przyczynach błędu medycznego w stanach zagrożenia życia – ocena sądowo-lekarska na podstawie analizy materiału aktowego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach od 2000 roku do końca czerwca 2006 roku*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 200-204; L. Szczepaniak, *Błąd medyczny – przyczyny, skutki i odpowiedzialność*, BZP 2007, Nr 4, s. 88-109; M. Godycki-Ćwirko, M. Koziarska-Rościszewska, K. Kosiek, *Błędy medyczne – próba oceny semantyki i taksonomii oraz danych statystycznych*, Orzecz. Lek. 2009, Nr 6, s. 131-134; I. Ptaszyńska-Sarosiek, A. Niemcunowicz-Janica, A. Sackiewicz, M. Szeremeta, M. Okłota, Z. Wardaszka, *Błędy medyczne z zakresu neurologii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej UM w Białymstoku*, AMSiK 2009, Nr 59, s. 203-207; C. Żaba, Z. Żaba, P. Świderski, D. Lorkiewicz-Muszyńska, *Błąd diagnostyczny i organizacyjny w obrażeniach głowy*, AMSiK 2009, Nr 59, s. 259-262; K. Bielecki, *Zdarzenia niepożądane w chirurgii a błąd medyczny* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd …*, 2010, s. 71-81; J. Woroń, J. Wordliczek, *Błąd medyczny w farmakoterapii* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd …*, 2010, s. 127-133; T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, *Zdarzenie niepożądane a błąd medyczny* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd …*, 2010, s. 141-148; T. Jurek, B. Świątek, M. Rorat, R. Drozd, *Prawna i sądowo-lekarska ocena błędów medycznych w położnictwie*, AMSiK 2011, Nr 61, s. 343-350; M. Kłys, P. Kowalski, *Błąd diagnostyczny jako nadinterpretacja przesiewowego badania toksykologicznego przy niedostatecznej ocenie klinicznej*, AMSiK 2011, Nr 61, s. 377-382; M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, *Błąd medyczny*, HH 2011, Nr 7, s. 127-141; C. Chowaniec, M. Łada, K. Wajda-Drzewiecka, R. Skowronek, A. Drzewiecki, *Problem odpowiedzialności dyspozytorów medycznych funkcjonujących w systemie ratownictwa medycznego*, AMSiK 2014, Nr 64, s. 34-43; K. Przybylska, A. Klamerek, M. Matthews-Kozanecka, *Błąd medyczny jako zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*, Pielęgn. Pol. 2014, Nr 52, s. 155-160.

doktrynalnego, lecz wyeksponowanie tych aspektów wskazanego obszaru problemowego, które nie doczekały się jak dotąd dostatecznego wyjaśnienia, a przy tym – z perspektywy aktualnych trendów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – na pogłębienie bez wątpienia zasługują[6]. Do aspektów takich należy zaliczyć problematykę ponadindywidualnych, w tym organizacyjnych uwarunkowań błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, której analiza przeprowadzona jest w kolejnym rozdziale niniejszej pracy. Przed przejściem jednak do rozważań temu poświęconych wypada pokrótce przybliżyć, jak pojęcie błędu medycznego rozumiane jest w literaturze i orzecznictwie, następnie wskazać na specyfikę relacji pomiędzy przywołanym terminem, wypracowanym właśnie w owej literaturze i orzecznictwie, a normatywnym określeniem, jakim jest „niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach", po czym opowiedzieć się za słusznością posługiwania się sformułowaniem „błąd medyczny" na gruncie przypisania odpowiedzialności karnej – traktując zakreślony obszar tematyczny jako punkt wyjścia dla pogłębienia problematyki współdziałania w zespole medycznym i odpowiedzialności karnej za negatywne skutki wspólnie udzielonego świadczenia zdrowotnego, będącej motywem przewodnim niniejszego studium. Tytułem wstępu wypada nadmienić ponadto, że wprawdzie zainteresowanie problematyką odpowiedzialności prawnej za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta zdaje się sięgać czasów ukształtowania się zawodów medycznych[7]; niemniej, jako że z początkiem XX wieku notuje się szczególną jego intensyfikację, rozważania poświęcone pojęciu błędu medycznego

[6] W niniejszym studium pod pojęciem pracownika medycznego rozumie się „osobę wykonującą zawód medyczny", w znaczeniu jakie sformułowaniu temu nadaje D. Karkowska, tj. „osobę legitymującą się wykształceniem medycznym, która systematycznie i odpłatnie (w uzasadnionych przypadkach bezpłatnie) podejmuje i prowadzi działania medyczne stanowiące osobiste oddziaływanie na organizm pacjenta, odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, na podstawie kwalifikacji i umiejętności zdobytych w wyniku kształcenia i nabytych uprawnień" – taż, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 129; Por. art. 2 pkt. 11 u.inform.ochr.zdr. – wskazujący, że na gruncie wskazanej ustawy pod pojęciem „pracownik medyczny" rozumie się „osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz osobę uprawnioną do świadczenia usług farmaceutycznych, która udziela świadczeń opieki zdrowotnej lub świadczy usługi farmaceutyczne w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej"; Por. też: art. 2 ust. 1 pkt 2 u.działaln.leczn., wedle którego „osobę wykonującą zawód medyczny" definiuje się jako „osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny".

[7] Zob. szerzej w zakresie problematyki odpowiedzialności pracowników medycznych za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta – w ujęciu historycznym: T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 10-98; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 31-45; Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 19-29.

koncentrują się na ukazaniu ewolucji jego postrzegania we wskazanej, ograniczonej perspektywie czasowej.

Jak się wydaje, asumptem dla podjęcia tak wielu prób objaśnienia zjawiska błędu medycznego w piśmiennictwie i judykaturze – czego ukazanie stanowi cel dalszych rozważań przedstawionych w niniejszym rozdziale – stał się brak legalnej definicji tego pojęcia[8]. Jednakże poza pozytywnym aspektem takiego stanu rzeczy – jako że zaowocował on licznymi opracowaniami z tego zakresu – wskazać wypada również na jego negatywny wydźwięk. Brak bowiem normatywnego uregulowania zakreślonej problematyki wyraźnie przekłada się na występowanie rozbieżności w rozumieniu pojęcia błędu medycznego, używanego w różnych znaczeniach w literaturze prawniczej i medycznej, opiniach biegłych oraz szeroko rozumianej praktyce wymiaru sprawiedliwości[9]. W konsekwencji, poza zainteresowaniem wskazaną kwestią, od lat zdają się nie słabnąć także i wątpliwości interpretacyjne pojawiające się wokół niej, co w rezultacie może implikować trudności orzecznicze w sprawach medycznych – rozumianych na gruncie niniejszej pracy jako przypadki nieumyślnego urzeczywistniania przez pracownika medycznego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych znamion czynów zabronionych skierowanych przeciwko życiu lub zdrowiu – zamiast ułatwiać ich rozstrzyganie.

Analiza literatury przedmiotu i orzecznictwa sądowego skłania wszak do wniosku, że brak jest w tym obszarze zgodności nie tylko co do desygnatów omawianego pojęcia, ale nawet w kwestii tego, w jakim brzmieniu powinno ono funkcjonować, jako że – obok określenia „błąd medyczny" – operuje się również takimi zwrotami, jak „błąd w sztuce medycznej", „błąd lekarski", „błąd w sztuce lekarskiej", „błąd wiedzy lekarskiej" lub „błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej"[10]. Abstrahując

[8] Zob. szerzej na temat prób normatywnego uregulowania odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za skutki błędu medycznego: A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 45-54.

[9] Zob. szerzej: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 452-456 – zwłaszcza w zakresie wyników badań aktowych.

[10] Pojęciem „błędu sztuki" (lekarskiej lub medycznej) posługują się: W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i n.; M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145 i n.; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 194; Tak też: wyr. SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7; wyr. SN z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSNC 1967, Nr 10, poz. 177; wyr. SN z dnia 8 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974, Nr 2, poz. 26; wyr. SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 12777697; Za rezygnacją z pojęcia „błędu sztuki" na rzecz „błędu medycznego" opowiadają się: Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 36-38 i 83; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 317-318; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 457 i n.; Określenia „błąd

na niniejszym etapie rozważań od oceny przydatności stosowania pojęcia błędu medycznego w procesie karnoprawnego wartościowania – niezależnie od nadanego mu brzmienia – warto zaznaczyć, że posługiwanie się wszystkimi z przywołanych sformułowań wydaje się dopuszczalne, o ile używa się ich mając na uwadze nadawany im w konkretnym kontekście zakres znaczeniowy. Jak trafnie podnosi w tym względzie R. Kędziora, istotna jest nie sama nazwa, ale faktyczna treść, którą dane pojęcie zawiera, toteż wybór terminu jest jedynie kwestią obranej i przyjmowanej konwencji[11].

Czyniąc punktem odniesienia przyznanie słuszności przywołanemu spostrzeżeniu, a jednocześnie nie tracąc z pola widzenia tematu niniejszej pracy, z perspektywy którego „błąd medyczny" jawi się jako sformułowanie najbardziej pojemne i uniwersalne, wypada opowiedzieć się – jeśli już – za posługiwaniem się tym akurat określeniem. „Błąd lekarski", „błąd w sztuce lekarskiej" i „błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej" są bowiem pojęciami zbyt wąskimi w aspekcie podmiotowymi, jako że odnoszą się jedynie do profesji lekarza, podczas gdy termin „błąd medyczny" lub „błąd w sztuce medycznej" znajduje zastosowanie również przy ocenie aktywności przedstawicieli innych zawodów medycznych, niejednokrotnie biorących udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w konstelacjach co najmniej dwuosobowych, a te są głównym przedmiotem zainteresowania niniejszego studium. Co więcej – jak nie bez racji podnosi T. Sroka – sformułowanie „błąd medyczny", względnie „błąd w sztuce medycznej", pozwala na objęcie nim zachowań polegających na niewłaściwej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych[12]. Aczkolwiek do posługiwania się określeniem „błąd w sztuce medycznej" należy podchodzić z pewną dozą ostrożności, gdyż – jak się wydaje – taka konstrukcja pojęciowa zanadto akcentuje elementy subiektywne, podczas gdy w piśmiennictwie i judykaturze ugruntował się pogląd o obiektywnym charakterze błędu medycznego, czego wykazaniu poświęcona jest dalsza część rozważań[13]. Z kolei termin

lekarski" używa: M. Sośniak, *Cywilna* …, 1968, s. 64; Zwolennikiem terminów: „błąd wiedzy lekarskiej" i „błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej" jest: E. Baran, *Przesłanki* …, 1996, s. 254.

[11] R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 194.

[12] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 458-459; Do kwestii tej przyjdzie jeszcze powrócić: po pierwsze – w niniejszym rozdziale, w kontekście próby wyznaczenia ram definicyjnych pojęcia błędu medycznego, a następnie porównania ich z zakresem znaczeniowym naruszenia reguł ostrożności, po drugie zaś – w kolejnym rozdziale, przy omawianiu tzw. „błędu organizacyjnego".

[13] Na marginesie warto nadmienić, że jako argument przeciw odwoływaniu się do słowa „sztuka" w kontekście problematyki błędu medycznego podaje się fakt, że wykonywanie zawodów medycznych polega na praktycznym wykorzystaniu osiągnięć medycyny, będącej nauką ścisłą, zajmującą się badaniem rzeczywistości, opierającą się na dowodach naukowych, a zatem operującą innymi kategoriami niż dziedzina sztuki. Stąd w ocenie autorów kwestionujących zasadność posługiwania się określeniem „błędu w sztuce", pojęcie „błąd medyczny" lepiej oddaje charakter działalności zawodowej pracownika

„błąd wiedzy lekarskiej" – w nieco innej odmianie występujący jako „błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej" – niepotrzebnie koncentruje się na aspekcie naruszenia wskazań aktualnej wiedzy medycznej, pozostawiając poza nawiasem przypadki niedochowania reguł wynikających z odrębnych dziedzin nauki, jak chociażby z prakseologii, teorii zarządzania bądź ergonomii, nieodzownych na gruncie – kluczowego z perspektywy niniejszej pracy – zespołowego wykonywania czynności medycznych. Stąd, jak już wspomniano, spośród dotąd wymienionych wypada opowiedzieć się za stosowaniem terminu „błąd medyczny" jako pojęcia nadrzędnego wobec innych pokrewnych określeń, występujących w – poddanych analizie – literaturze i orzecznictwie[14].

medycznego – W tym tonie: E. Baran, *Przesłanki* …, 1996, s. 254; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, PiM 1999, Nr 3, s. 55; Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 36-38 i 83; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 108 i n.; T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, *Zdarzenie* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 143; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 457 i n.; Z kolei zdaniem zwolenników posługiwania się sformułowaniem „błąd w sztuce", wiele złożonych czynności medycznych wymaga posiadania indywidualnych zdolności, jak chociażby zręczność manualna, bystrość obserwacji, pamięć w diagnostyce oraz swoista intuicja, stąd odwoływanie się w tych przypadkach do pojęcia sztuki, rozumianej jako biegłość, kunszt, maestria, nie powinno budzić wątpliwości – Ten punkt widzenia prezentują: B. Popielski, *Medycyna* …, 1963, s. 253 i n.; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 169 i n.; Zasadność przywołanej argumentacji dostrzega także: A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 24 i n.; Szczególnym zwolennikiem pojęcia „błąd w sztuce" jest: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 125 – Autor podkreśla, że „należy zdać sobie sprawę i z tego, że rozpoznanie choroby osiąga lekarz często nie drogą logicznego rozumowania, lecz przez niezwykły dar, jakim natura go wyposażyła do wczucia się w położenie chorego, przez akt wspaniałej intuicji, którą nie każdy dysponuje w równym stopniu, a która zrównuje ten piękny zawód z wielką – prawdziwą sztuką"; Idąc jednak dalej tym tokiem rozumowania wypada dojść do wniosku, że błąd sztuki może być popełniony wyłącznie przez osobę, która posiada owe, mogące być uznane za sztukę szczególne umiejętności, a tym samym, że posługiwanie się pojęciem błędu w sztuce medycznej uprawnione jest w odniesieniu do tych tylko osób, w których działalności, obok ścisłej wiedzy medycznej, występują również wspomniane elementy sztuki; Uwagę zwraca na to: B. Popielski, *Medycyna* …, 1963, s. 254; Por. A. Liszewska, *Wątpliwości* …, 1994, s. 134-137; Co więcej, podnosi się, że poza zakresem pojęcia „błędu w sztuce" pozostają sytuacje, w których podczas wykonywania czynności medycznej dochodzi do zwyczajnego, ordynarnego zaniedbania, które nie ma nic wspólnego ze sferą sztuki – Tak: M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 109 – Zdaniem autora, przykładowo zaszycie w polu operacyjnym narzędzia chirurgicznego nie stanowi w żadnym razie błędu w sztuce, lecz zwykłe, ordynarne zaniedbanie, które pozostaje w ogóle poza sferą rozważań w płaszczyźnie sztuki lekarskiej; Zob. też na omawiany temat: 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*, AUL. Folia Iuridica 2016, Nr 77, s. 75.

[14] Za stosowaniem pojęcia „błędu medycznego" opowiadają się: Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 36-38 i 83; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 317-318; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 457-459; Zob. też w tym zakresie: A. Dąbek, *Rozważania* …, 2016, s. 74-76; Niemniej, nieco wyprzedzając dalsze rozważania poświęcone rejestrowi zdarzeń niepożądanych jako urzeczywistnieniu wytycznych płynących z zasady prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, warto dodać, że nie bez racji podnoszą T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, pisząc co następuje: „Pojęcie «błąd medyczny» jest zarezerwowany dla «kultury represji». Jest pejoratywne, nacechowane negatywnie. U lekarza budzi niechęć i obawy, wyzwala «odruch wyparcia». Wśród pacjentów wzmaga poczucie doznanej krzywdy, nastawienie roszczeniowe, rodzi konflikt. Nie jest ono dobrym punktem wyjścia dla budowania «kultury bezpieczeństwa». (…) Pojęciem znacznie szerszym i co najważniejsze neutralnym, nie powodującym konfliktów jest «zdarzenie niepożądane»" – ciż, *Zdarzenie* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 144-145.

Wartym wyraźnego podkreślenia w omawianym kontekście jest także to, że „błędu medycznego" nie należy utożsamiać z normatywnym pojęciem „zdarzenia medycznego", którego definicję i zakres zastosowania można wywodzić z art. 67a u.praw.pacjent., przesądzającym o dopuszczalności posługiwania się nim jedynie w okolicznościach określonych w tejże ustawie, tj. w szczególności wyłącznie w odniesieniu do przypadków zaistniałych w szpitalu[15]. Kategorialnego wyodrębnienia wymagają ponadto takie pojęcia jak „zdarzenie niepożądane"[16] oraz „niepowodzenie w leczeniu"[17].

[15] Zob. art. 67a u.praw.pacjent., zgodnie z którym „zdarzeniem medycznym" jest zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego; Zob. też: D. Korytkowska, *Pojęcie* …, 2012, s. 61-70; Zob. szerzej na ten temat: D. Karkowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Warszawa 2014; J. Sadowska, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Sopot 2015; I. Kunicki (red.), *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a-67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Warszawa 2016; H. M. Frąckowiak, *Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, Warszawa 2016; Por. u.inform.ochr.zdr. – Ustawa posługuje się pojęciem zdarzenia medycznego w zupełnie innym znaczeniu, w oderwaniu od kwestii jego wadliwości bądź poprawności, traktując je jako określenie na fakt, zdarzenie, stan rzeczy objęty procesem przetwarzania w ramach systemu informacji. Zgodnie z legalną definicją przyjętą na potrzeby tejże ustawy „zdarzenie medyczne przetwarzane w systemie informacji" to „świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych".

[16] Zob. szerzej: T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, *Zdarzenie* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 144 i n.; Por. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 22 lipca 2021 r., opubl. na oficjaln. str. internet. RCL: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305/katalog/12804503#12804503 [dostęp 9.08.2021] – w zakresie w jakim pojęcie „zdarzenia medycznego" wyjaśnia jako „zdarzenie zaistniałe w trakcie lub w efekcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia, powodujące lub mogące spowodować negatywne skutki u pacjenta, w tym zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenie, uszczerbek na zdrowiu, chorobę, lub uszkodzenie płodu"; Do przywołanego pojęcia przyjdzie jeszcze powrócić w ramach rozważań poświęconych rejestrowi zdarzeń niepożądanych jako urzeczywistnieniu wytycznych płynących z zasady prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

[17] Należy zastrzec, że w literaturze odrębnie od „błędu medycznego" traktuje się określenie „niepowodzenia w leczeniu", które – jak się podnosi – „tym różni się od błędu lekarskiego, że nigdy nie jest skutkiem niepoprawnej działalności lekarza, ale okoliczności od niego niezależnych", np. „wystąpienia nieprzewidzianych powikłań, odmiennej reakcji chorego na stosowane leczenie czy ciężkości i gwałtowności samego procesu chorobowego" – Zob. R. Latosiewicz, M. Szeremeta, A. Niemcunowicz-Janica, *Problematyka błędu medycznego – spojrzenie klinicysty i medyka sądowego* [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, Warszawa 2018, s. 224; Zob. też w zakresie rozróżnienia wskazanych pojęć: M. Chowaniec, C. Chowaniec, C. Jabłoński, A. Nowak, *Sądowo-lekarska* …, 2005, s. 115-119; E. Jęczmionka-Kopińska, *Błąd* …, 2013; Por. wyr. SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r., I ACa 6/17, LEX Nr 2317668 – w zakresie, w jakim wskazuje na konieczność „wyraźnego rozróżnienia błędu medycznego, jako odstępstwa 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".

Na koniec bieżącej części rozważań wypada nadmienić, że autorzy zajmujący się badaniem fenomenu błędu medycznego przeprowadzają klasyfikacje tego rodzaju incydentów, w związku z czym w literaturze można spotkać także takie sformułowania, jak „błąd diagnostyczny", „błąd terapeutyczny", „błąd techniczny" lub „błąd organizacyjny" – zgodnie z systematyką przyjętą przez A. Zolla[18], A. Liszewską[19], M. Filara[20], R. Kędziorę[21] i A. Fiutak[22], a także „błąd rozpoznania", „błąd rokowania" bądź „błąd terapii" – stosownie do podziału zaproponowanego przez M. Sośniaka[23], jak również „błąd decyzyjny", „błąd wykonawczy", „błąd organizacyjny" i „błąd opiniodawczy" – wedle klasyfikacji zaproponowanej przez Z. Marka[24]. Aczkolwiek nie zawsze owe terminy rozumiane są przez przywołanych autorów w sposób tożsamy z pojęciem „błędu medycznego", jako że chociażby „błąd techniczny" lub „błąd organizacyjny" uznaje się za pojęcia zbliżone, nie wchodzące jednak w zakres znaczeniowy samego „błędu medycznego"[25]. Do kwestii tej przyjdzie jeszcze powrócić przy omawianiu jednej z wyróżnianych w literaturze i orzecznictwie odmian nieprawidłowości mogących zaistnieć w toku udzielania świadczeń zdrowotnych, jaką jest tzw. „błąd organizacyjny", któremu – jak już sygnalizowano – warto poświęcić szczególną uwagę; lecz także wcześniej, już w niniejszym rozdziale, wyznaczając ramy definicyjne pojęcia błędu medycznego i porównując je następnie z zakresem jurydycznie umocowanego naruszenia reguł ostrożności. Przed tym warto jednak choćby zarysować, jak ewoluowało postrzeganie charakteru błędu medycznego, aby mógł być obecnie określony jako kategoria obiektywna.

[18] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 63-77.

[19] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 153-198.

[20] M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 115-129.

[21] R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 207-229.

[22] A. Fiutak, *Prawo* …, 2019, s. 79-86.

[23] M. Sośniak, *Cywilna* …, 1968, s. 100-113.

[24] Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 83-104.

[25] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 154 i 190-198; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 125-128; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 208, 226-229; A. Fiutak, *Prawo* …, 2019, s. 84 i 86.

2. Od subiektywnego do obiektywnego postrzegania błędu medycznego

Przechodząc od rozważań na płaszczyźnie terminologicznej do omówienia, jak postrzega się zawartość pojęcia błędu medycznego w piśmiennictwie i judykaturze warto na wstępie podkreślić, że początkowo dominowało na tym gruncie przekonanie o subiektywnym jego charakterze, sprowadzające się do identyfikacji bytu błędu medycznego z zawinieniem[26]. Dopiero z czasem zaczęto postrzegać błąd medyczny w kategoriach obiektywnych, oddzielając na wskazanej płaszczyźnie elementy o charakterze obiektywnym, decydujące o bezprawności, od elementów o charakterze subiektywnym, właściwych sferze zawinienia. Pierwszym przedstawicielem doktryny, który zaproponował wprowadzenie na grunt polskiej nauki koncepcję wyraźnego rozgraniczenia pomiędzy błędem medycznym – rozumianym jako naruszenie reguł postępowania medycznego – a winą był J. Sawicki, postrzegający błąd medyczny jako „kategorię obiektywną, zależną wyłącznie od stanu wiedzy medycznej na danym etapie rozwoju”[27]. W ocenie przywołanego autora ustalenie, że doszło do popełnienia błędu medycznego nie daje samo przez się podstawy do uznania winy pracownika medycznego za wykazaną, gdyż – jak podnosi on w dalszej części wywodu – „nie ma i nie może być związku pomiędzy tym ustaleniem a właściwościami dokonującego zabieg. Młodość, niedoświadczenie lekarza, wyjątkowość sytuacji, w której dokonuje się zabiegu – wszystkie te okoliczności stanowią element subiektywny i ulegają badaniu dopiero w związku z przypisaniem winy dokonującemu zabieg”[28].

---

[26] Za zwolenników ujęcia subiektywnego mogą być uznani: L. Wachholz, *Medycyna sądowa*, Kraków 1925, s. 429; J. Ruff, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1929, s. 10; Niemniej nawet dla późniejszych rozwiązań proponowanych na gruncie tej koncepcji – których autorzy zdawali się dostrzegać, że nie każdy błąd medyczny jest błędem zawinionym – właściwe było przenikanie się, w ramach kryteriów jego oceny, przesłanek bezprawności z okolicznościami o charakterze zindywidualizowanym, które należy rozpatrywać na płaszczyźnie winy, a zatem zupełnie odrębnie; Takie podejście można zauważyć w następujących pracach: T. Cyprian [w:] T. Cyprian, P. Asłanowicz, *Karna i cywilna* …, 1949, s. 53; W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność* …, 1958, s. 12; B. Popielski, *Medycyna* …, 1963, s. 254 i n.; W tym tonie również: wyr. SN z dnia 16 stycznia 1974 r, III KR 311/73, LEX Nr 21606; Zob. szerzej na temat ewolucji postrzegania zjawiska błędu medycznego – w ujęciu historycznym: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 58-102; A. Liszewska, *Wątpliwości* …, 1994, s. 129-131; taż, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 16-20; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 195-196; Zob. też: A. Dąbek, *Rozważania* …, 2016, s. 76-77.

[27] J. Sawicki, *O odpowiedzialności za błędny* …, 1954, s. 991 i n.; tenże, *Odpowiedzialność karna* … [w:] W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność* …, 1958, s. 104 i n.; tenże, *Błąd* …, 1965, s. 68.

[28] J. Sawicki, *Odpowiedzialność karna* … [w:] W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność* …, 1958, s. 104 i n.; tenże, *Błąd* …, 1965, s. 68 i 73.

Jak się wydaje – jako że zmiana postrzegania specyfiki błędu medycznego pokrywa się czasowo z ewolucją poglądów na kwestię winy od koncepcji psychologicznej i odejścia od niej na rzecz normatywnej teorii winy – podłoża dla wskazanych rozbieżności w jego pojmowaniu można upatrywać w fakcie przyjmowania, w kolejno wprowadzanych polskich ustawach karnych różnych teorii winy. Przed wejściem w życie Kodeksu karnego z 1997 r. wina nie stanowiła bowiem kategorii odrębnej w strukturze przestępstwa od strony podmiotowej czynu zabronionego (umyślności i nieumyślności), co zdradzało sympatie ustawodawcy dla psychologicznego ujęcia winy, podczas gdy w aktualnym stanie prawnym, który przesądza o preferowaniu przez ustawodawcę czystej normatywnej teorii winy – stosowane wcześniej pojęcia „winy umyślnej" i „winy nieumyślnej" uważa się za obciążone wadą przesunięcia kategorialnego, przejawiającego się w niepożądanym pomieszaniu elementów ze sfery faktów, warstwy ontologicznej (umyślność, nieumyślność) z elementami należącymi do płaszczyzny normatywnej (wina), i prowadzącego w konsekwencji do zatarcia granicy pomiędzy przedmiotem oceny a samą oceną[29]. Toteż w nowszej literaturze – jak można sądzić, przez wzgląd na zarysowane uwarunkowania historyczne – zgodnie postrzega się błąd medyczny jako kategorię obiektywną[30]. W tym ujęciu – jak trafnie zauważa A. Zoll – stwierdzenie błędu medycznego oznacza jedynie niezgodność postępowania pracownika medycznego z „akceptowanym modelem postępowania, bez dokonywania wartościowania tego postępowania"[31].

Koncepcja ta przyjęła się z powodzeniem również w orzecznictwie Sądu Najwyższego, w którym zaczęto wyraźnie akcentować potrzebę ustalania w pierwszej kolejności, czy doszło do naruszenia wskazań aktualnej wiedzy medycznej, a dopiero

---

[29] Zob. szerzej na temat teoretycznych koncepcji winy mających odzwierciedlenie w polskim ustawodawstwie: J. Lachowski, *Teoretyczne koncepcje winy* [w:] R. Dębski (red.), *SPK. Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności, t. 3*, Warszawa 2017, s. 653-693; Zob. też: G. Rejman, *Teorie i formy winy w prawie karnym*, Warszawa 1980; Por. w zakresie wątpliwości co do skutecznego oddzielenia strony podmiotowej czynu zabronionego od winy na gruncie obecnie obowiązującej ustawy karnej: J. Lachowski, *Czy konsekwentnie oddzielono stronę podmiotową od winy w Kodeksie karnym z 1997 r.* [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), *Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla, t. 2*, Warszawa 2012, s. 599-612.

[30] M. Sośniak, *Cywilna* …, 1968, s. 74-75; K. Buchała, *Przestrzeganie zasad ostrożności – problem bezprawności czy winy*, PiP 1963, Nr 7, s. 89; W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i n.; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 53-54; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 212 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 18; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 109; M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 196; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 460.

[31] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 50; Tak też: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 459.

na dalszym etapie – odrębnego wartościowania zachowania inkryminowanego z perspektywy jego indywidualnych możliwości dania posłuchu normom prawym, których treść wyznaczana jest w szczególności poprzez odwołanie się reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach[32].

Godzi się przy tym zaznaczyć, że opowiedzenie się za obiektywnym charakterem błędu medycznego aktualizuje konieczność rozstrzygnięcia jednego jeszcze zagadnienia problemowego, dającego się sprowadzić do pytania o to, czy pod pojęciem błędu medycznego kryje się zachowanie sprzeczne z abstrakcyjnym wzorcem postępowania, czy może właściwym konkretnej sytuacji. Aby nie wchodzić głębiej w tę obszernie omówioną w literaturze problematykę, warto zrazu przejść do konkluzji, że przyjęcie obiektywnego charakteru reguł postępowania medycznego nie tylko nie stoi w sprzeczności z odnoszeniem ich do konkretnego przypadku – a zatem konstruowania ich w taki sposób, aby wyznaczały sposób postępowania modelowego (sumiennego i rozsądnego) pracownika medycznego w danym układzie okoliczności faktycznych – lecz wręcz koresponduje z założeniami art. 9 K.k., zgodnie z którymi wymogi ostrożności ustala się w powiązaniu z aktualnie występującymi warunkami realizacji znamion czynu[33].

3. Definicja błędu medycznego w literaturze i orzecznictwie

Jak już sygnalizowano, błąd medyczny nie jest pojęciem ustawowym. Jego istota określona została w piśmiennictwie i judykaturze, co siłą rzeczy okazało się podatnym gruntem dla powstania rozbieżności w definiowaniu tego zjawiska[34]. Analiza dorobku

[32] Zob. wyr. SN z dnia 16 maja 1953 r., I K 77/53, OSNCK 1953, Nr 4, poz. 55; wyr. SN z dnia 3 grudnia 1958 r., IV K 28/58, PiP 1960, Nr 1, s. 200; wyr. SN z dnia 30 września 1960 r., II K 675/60, OSNPG 1961, Nr 1, poz. 1; uchw. SN z dnia 23 marca 1961 r., VI KO 13/61, OSNCK 1961, Nr 3, poz. 3; wyr. SN z dnia 19 sierpnia 1963 r., I K 295/53, PiP 1964, Nr 2, s. 381; wyr. SN z dnia 8 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974, Nr 2, poz. 26; wyr. SN z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, OSNKW 1994, Nr 11-12, poz. 70; wyr. SN z dnia 10 grudnia 2002 r., V KK 33/02, LEX Nr 75498; wyr. SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 1277697; Zob. też orzecznictwo przywołane przez J. Sawickiego – tenże, *Błąd* …, 1965, s. 69 i n.; Z prezentowanej linii orzeczniczej wyłamał się: wyr. SN z dnia 16 stycznia 1974 r, III KR 311/73, LEX Nr 21606; Spotkał się on jednak z wyraźną krytyką ze strony przedstawicieli doktryny – Zob. K. Buchała, *Glosa do wyroku SN z dnia 16 stycznia 1974 r., III KR 311/73*, NP 1974, Nr 11, s. 1583; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 18.

[33] Zob. szerzej na ten temat: A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 22-23; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 198-199, T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 461-462; Zob. też: A. Dąbek, *Odpowiedzialność karna lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego za skutek błędu medycznego*, MP 2015, Nr 5, s. 121 i n.

[34] Zob. szerzej w zakresie przeglądu definicji pojęcia błędu medycznego prezentowanych w literaturze i orzecznictwie: A. Dąbek, *Rozważania* …, 2016, s. 77-81.

nauki w omawianym zakresie skłania jednak do wniosku, że proponowane na tym gruncie koncepcje, pomimo swojego zróżnicowania, wskazują na wspólny kierunek myślenia ich autorów, wedle którego błędem medycznym jest generalnie zachowanie sprzeczne z regułami prawidłowego postępowania w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego. Różnice stanowisk ujawniają się dopiero na etapie zakreślania rodzaju reguł, których naruszenie może być kwalifikowane jako popełnienie błędu medycznego. W tym aspekcie stanowiska prezentowane w literaturze i orzecznictwie można podzielić na dwa nurty.

Wedle pierwszego, wąskiego ujęcia, w granicach pojęcia błędu medycznego mieszczą się wyłącznie takie sytuacje, w których wadliwe postępowanie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego wynika z niedochowania zasad „nauki medycznej", „wiedzy i sztuki medycznej", względnie „wiedzy i praktyki medycznej"[35]. Określenia te – charakterystyczne dla wypowiedzi zwolenników restryktywnego rozumienia błędu medycznego – wskazują na ograniczenie jego ram znaczeniowych do sytuacji naruszenia reguł ostrożności z jednej tylko grupy, a mianowicie tych wypływających ze wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Autorzy rozumiejący błąd medyczny jako naruszenie reguł ostrożności mających podstawę w wiedzy lub ewentualnie w wiedzy i praktyce medycznej – wśród nich W. Kulesza, A. Liszewska, M. Nesterowicz i R. Kędziora – wyraźnie wyłączają z zakresu tej kategorii spraw wszelkie inne przypadki nieprzestrzegania obowiązujących pracownika medycznego standardów postępowania zawodowego, których naruszenie może być stwierdzone bez odwoływania się do wiedzy specjalistycznej[36].

Podejście takie, jak już wspomniano, prezentuje W. Kulesza, który „błędem sztuki lekarskiej" określa postępowanie lekarza niezgodne z aktualną wiedzą medyczną

[35] Do tego rodzaju pojęć odwołują się: J. Sawicki, *O odpowiedzialności za błędny* …, 1954, s. 1003; tenże, *Odpowiedzialność karna* … [w:] W. Grzywo-Dąbrowski, *Odpowiedzialność* …, 1958, s. 104; tenże, *Błąd* …, 1965, s. 68; W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i 26-27; E. Baran, *Przesłanki* …, 1996, s. 254; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 28 i 29; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 110; M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145-146; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 199 i 200; Tak też: wyr. SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7; wyr. SN z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSNC 1967, Nr 10, poz. 177; wyr. SN z dnia 8 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974, Nr 2, poz. 26; wyr. SN z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, OSNKW 1994, Nr 11-12, poz. 70; wyr. SN z dnia 10 grudnia 2002 r., V KK 33/02, LEX Nr 75498; wyr. SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 12777697.

[36] W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i 26-27; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 28-29; M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145-146; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 199-200.

i powszechnie przyjętymi zasadami jej praktycznego zastosowania[37]. Tak zdefiniowanemu pojęciu przeciwstawia autor inny rodzaj nieostrożnego zachowania – mogącego mieć miejsce w procesie leczenia – przejawiający się nieprzestrzeganiem „powszechnie przyjętych elementarnych norm ostrożności, których naruszenie może być stwierdzone bez odwoływania się do wiedzy i praktyki medycznej”[38]. Jego zdaniem „nieostrożność taka może prowadzić do zwykłej pomyłki polegającej np. na pomyleniu tożsamości pacjenta i zoperowaniu innego chorego, pomyleniu kończyny pacjenta i zoperowaniu nie tej, która miała być poddana operacji, pozostawieniu narzędzia chirurgicznego lub chusty w polu operacyjnym”[39].

Również A. Liszewska przyjmuje, że „błąd w sztuce medycznej” oznacza „naruszenie przez lekarza (…) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego”[40]. Autorka – podobnie jak W. Kulesza – podkreśla przy tym, że „w praktyce można wskazać wiele przypadków naruszenia reguł ostrożności, obowiązujących w związku z wykonywaniem czynności medycznych, które nie są jednak błędami w sztuce”[41]. W jej ocenie „z błędem w sztuce mamy do czynienia wówczas, gdy stwierdzenie naruszenia norm ostrożności wymaga odwołania się do wiedzy i praktyki medycznej, a nie elementarnych, powszechnie uznanych zasad postępowania”[42]. Toteż – jak podnosi autorka – różnica pomiędzy naruszeniem obowiązku ostrożności stanowiącym „błąd w sztuce” a każdą inną nieostrożnością sprowadza się do tego, że w pierwszym przypadku dla stwierdzenia braku ostrożności potrzebna jest specjalistyczna wiedza z zakresu medycyny, a tym samym odwołanie się do opinii biegłych lekarzy, w drugim zaś nie jest to konieczne[43].

W omawiany nurt wpisuje się także wypowiedź M. Nesterowicza, którego zdaniem „błąd lekarski należy traktować ściśle jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej”[44]. Autor dokonuje przy tym szczegółowego wyliczenia przykładowych okoliczności, które w ramach znaczeniowych

---

[37] W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i 26-27.

[38] Tamże.

[39] W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i 26-27.

[40] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 28 i 29.

[41] Tamże.

[42] Tamże.

[43] Tamże.

[44] M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145-146.

pojęcia błędu medycznego znaleźć się nie mogą. Jak podnosi on bowiem „wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych i wiedzy medycznej błąd w sztuce lekarskiej występuje coraz rzadziej, a szkoda, której doznaje pacjent, nie jest wynikiem błędu, lecz niedbalstwa w leczeniu albo wszelkich innych uchybień lekarza, personelu medycznego bądź szpitala”[45]. Stąd w ocenie autora „nie jest błędem lekarskim np. źle wykonany zastrzyk, zamiana leku lub jego nieprawidłowe przyrządzenie, niewysterylizowanie instrumentów przez zobowiązany do tego personel medyczny, pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, przekroczenie czasu naświetlania promieniami Roentgena, przekroczenie obowiązujących lekarza regulaminów szpitala lub poradni, niedokonanie badań pacjenta przyjętego do szpitala, odmowa czy zwłoka w udzieleniu mu koniecznej pomocy, dokonanie operacji na innym chorym lub operacji innego zdrowego organu, brak umiejętności i zręczności u lekarza, przecięcie pacjentowi przewodu żółciowego podczas operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego, wadliwie wykonane znieczulenie, transfuzja niewłaściwej grupy krwi, niezalecanie wymaganych przez przepisy badań okulistycznych noworodka, na skutek czego rozwinęła się groźna choroba oczu – retinopatia i dziecko straciło wzrok”[46]. Jest to natomiast – jak wynika z dalszej części cytowanej wypowiedzi – „niedołożenie należytej staranności w czynnościach leczniczych, niedbalstwo lekarza lub personelu medycznego albo różnego rodzaju błędy techniczne i organizacyjne”[47].

Podobnie definiuje „błąd w sztuce medycznej” R. Kędziora wskazując, że jest to „postępowanie lekarza sprzeczne z powszechnymi, obowiązującymi go w odniesieniu do konkretnej czynności medycznej zasadami postępowania zawodowego, mającymi swoją podstawę w nauce i praktyce medycznej”[48]. W jej opinii „błąd w sztuce medycznej nie oznacza zatem wszelkich przypadków, w których lekarz wadliwie się zachował, a tylko takie, kiedy ta wadliwość wiązała się z naruszeniem zasad wiedzy i praktyki medycznej”[49].

We wskazanym kierunku podąża także orzecznictwo Sądu Najwyższego. Tytułem ilustrującego przykładu można przywołać wyr. z dnia 1 kwietnia 1955 r., zgodnie z którym „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (…) niezgodna z nauką medycyny”,

[45] M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145-146.

[46] Tamże.

[47] Tamże.

[48] R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 199 i 200.

[49] Tamże.

podczas gdy „zaniedbania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej”[50].

W tym tonie Sąd Najwyższy wypowiada się w również w wyr. z dnia 17 lutego 1967 r., w którym wyraźnie podkreśla, iż „zaniechanie polegające na niezapewnieniu pacjentowi opieki wykwalifikowanego lekarza i pozostawienie po operacji w zeszytej ranie środków opatrunkowych nie może być potraktowane jako błąd w sztuce lekarskiej”[51]. W ocenie składu orzekającego, do tej kategorii pojęciowej nie można zaliczyć także „zaniedbania polegającego na naruszeniu obowiązku stosowania przy dokonywaniu operacji elementarnych zasad aseptyki, której zachowanie jest kardynalnym obowiązkiem całego personelu zatrudnionego przy przeprowadzaniu zabiegów chirurgicznych, a przy tym nie wymaga posiadania specjalnych wiadomości ani nie może nasuwać przy jej stosowaniu najmniejszych wątpliwości tak natury praktycznej, jak i teoretycznej, podobnie jak nie stanowiłoby błędu w sztuce lekarskiej podanie pacjentowi trucizny zamiast lekarstwa”[52].

Zbliżony pogląd Sąd Najwyższy prezentuje ponadto w wyr. z dnia 8 września 1973 r., w którym to podnosi, że ustalenie „błędu w sztuce lekarskiej” zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza zgodne jest z „wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej”[53]. W prezentowaną linię orzeczniczą wpisuje się również wyr. Sąd Najwyższy z dnia 12 lutego 2013 r., wedle którego „dla prawidłowego rozważenia odpowiedzialności karnej lekarza za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu pacjenta niezbędne jest ustalenie czy czynności lecznicze zostały wykonane zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej, a więc czy lekarz dopuścił się błędu w sztuce lekarskiej”[54]. W tym tonie

[50] Wyr. SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7.

[51] Wyr. SN z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSNC 1967, Nr 10, poz. 177.

[52] Tamże.

[53] Wyr. SN z dnia 8 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974, Nr 2, poz. 26; Stanowisko to powtórzone jest następnie w: wyr. SN z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, OSNKW 1994, Nr 11-12, poz. 70 oraz wyr. SN z dnia 10 grudnia 2002 r., V KK 33/02, LEX Nr 75498.

[54] Wyr. SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 12777697; Por. wyr. SA w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 r., I ACa 57/16, LEX Nr 2106863 – zgodnie z którym „błąd lekarski” to „naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej”; wyr. SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r., I ACa 6/17, LEX Nr 2317668 – definiujący błąd medyczny, jako „odstępstwo od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy”; wyr. SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r., II AKa 59/17, LEX Nr 2396217 – wedle którego błąd medyczny to „zachowanie sprzeczne z wiedzą i praktyką medyczną”.

wypowiada się również Sąd Najwyższy w wyr. z dnia 11 października 2016 r., niemniej eksponując – zaczerpnięte z nauki prawa karnego – pojęcie reguł ostrożności[55].

Natomiast drugi nurt, szerzej zakreślający ramy znaczeniowe pojęcia błędu medycznego, reprezentowany jest przez T. Srokę. Jego zdaniem „za błąd medyczny (…) należy uznać zachowanie, które jest sprzeczne z dwiema spośród zasad udzielania świadczeń zdrowotnych: zasadą udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zasadą udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością"[56]. Warto zauważyć, że autor – formułując definicję błędu medycznego – w poszukiwaniu desygnatów pojęcia *lege artis* nawiązuje do art. 4 u.zawod.lek.[57]. Wychodząc z założenia, że błędem medycznym jest postępowanie *contra legem artem* – spośród wytycznych zawartych w art. 4 u.zawod.lek. – włącza on w zakres znaczeniowy owych „zasad sztuki" zarówno wskazania aktualnej wiedzy medycznej, jak i regułę postępowania zgodnie z należytą starannością[58].

Również w przekonaniu Z. Marka o błędzie medycznym można mówić, jeżeli „lekarz postąpi niezgodnie z zasadami wiedzy, nie dołoży koniecznej staranności, przekroczy swoje kompetencje, czyli gdy postępuje *contra lege artem*"[59].

Szerokie ujęcie definicyjne „błędu medycznego" zdaje się prezentować także B. Popielski. Wprawdzie wskazuje on, że „błąd lekarski jest postępowaniem wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej", tj. takim, które są „ogólnie przyjęte i utrwalone w medycynie, przede wszystkim praktycznej", niemniej – zdaniem autora – „również przekroczenie obowiązujących lekarza regulaminów szpitala lub poradni może być błędem lekarskim"[60].

---

[55] Wyr. SN z dnia 11 października 2016 r., III KK 123/16, LEX Nr 2177091 – Jak podnosi się w części motywacyjnej: „O tym, czy przeprowadzony zabieg lekarski stanowi popełniony przez lekarza 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 K.k."; Zob. też – w podnoszonym zakresie: wyr. SN z dnia 4 marca 2020 r., IV KK 221/19, LEX Nr 3088528.

[56] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 466.

[57] Por. art. 4 u.zawod.lek., który stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością; Zob. szerzej na ten temat: E. Zielińska [w:] taż (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 75-108.

[58] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 466.

[59] Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 83.

[60] B. Popielski, *Medycyna* …, 1963, s. 252.

Zaprezentowawszy przegląd dorobku literatury i judykatury w omawianym zakresie warto przystąpić do zajęcia własnego stanowiska, które – jako że sprowadza się do optowania za odwoływaniem się raczej do „naruszenia reguł ostrożności" niż „błędu medycznego" – zostało poprzedzone ekspozycją zależności zachodzących pomiędzy wskazanymi terminami.

4. Relacja pojęć „błąd medyczny" i „naruszenie reguł ostrożności"

Na wstępie bieżących rozważań warto zaznaczyć, że konstruowanie definicji błędu medycznego zdaje się spełniać głównie funkcję systematyzującą rozważania teoretyczne. Trudno wszak przypisać temu pojęciu – w szczególności w znaczeniu nadawanym mu przez większość spośród przywołanych autorów – doniosłość praktyczną na płaszczyźnie karnoprawnego wartościowania. Wniosek taki można wyprowadzić porównując zakresy znaczeniowe: owego terminu, wypracowanego w literaturze i orzecznictwie, oraz normatywnego określenia, jakim jest niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach[61]. Wyznaczenie bowiem ram pojęcia błędu medycznego tak, aby obejmowały one swoim zasięgiem jedynie przypadki naruszenia wskazań aktualnej wiedzy medycznej – a zatem zakreślenie ich podług stanowiska większościowego prezentowanego w piśmiennictwie i judykaturze – musi prowadzić do pozostawienia poza granicami definicyjnymi wielu innych reguł ostrożności obowiązujących pracownika medycznego w codziennej praktyce udzielania świadczeń zdrowotnych, których niedochowanie może wieść do analogicznych skutków jak niezastosowanie się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, a w konsekwencji może rzutować na karnoprawną sytuację osoby doń doprowadzającej. Nie bez racji wskazuje T. Sroka, iż wszakże każda sytuacja stanowiąca naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym, niezależnie od tego, czy zostanie uznana za tzw. „błąd medyczny", czy za zwykłe zaniedbanie, może być podstawą przypisania skutku[62], a przynajmniej – jak można sądzić – powinna stanowić asumpt do rozważenia takiej możliwości.

[61] W niniejszej pracy przyjmuje się rozumienie i postrzeganie reguł ostrożności, w tym ich charakteru prawnego, miejsca w strukturze przestępstwa oraz relacji, w jakiej pozostają w stosunku do normy sankcjonowanej, prezentowane przez R. Dębskiego – Zob. tenże, *Pozaustawowe znamiona przestępstwa. O ustawowym charakterze norm prawa karnego i znamionach typu czynu zabronionego nie określonych w ustawie*, Łódź 1995, s. 133 i n.; Podejście takie jest konsekwencją uprzedniego przyjęcia koncepcji normy w ujęciu bindingowskim – Zob. szerzej: K. Binding, D*ie Normen und ihre Übertretung*, Leipzig 1980.

[62] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 465.

Przemawiałoby to za odrzuceniem formuły błędu medycznego obejmującej wyłącznie takie sytuacje, w których wadliwość postępowania medycznego ma swoje źródło w naruszeniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej, i opowiedzeniem się za definicją poszerzoną o aspekt należytej staranności. Niewątpliwym atutem drugiej ze wskazanych perspektyw jest to, że niweluje ona konieczność „rozdzielania na podstawie niejasnych i płynnych kryteriów przypadków naruszenia zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością na te, które stanowią błąd medyczny, oraz na te, które stanowią zwykłe zaniedbania", jako że zgodnie z tym ujęciem, błędem medycznym jest zarówno „zachowanie, które nie stanowi dochowania należytej staranności", jak i „takie, które można określić mianem zwykłego zaniedbania"[63]. Przytoczony argument skłaniałby do przyjęcia definicji autorstwa T. Sroki, gdyby nie – z kolei – dwa nasuwające się w tym kontekście zastrzeżenia.

Po pierwsze, można mieć obiekcje co do wprowadzenia w obszar rozważań na temat odpowiedzialności karnej pojęcia należytej staranności – czyli terminu przynależnego raczej dziedzinie prawa cywilnego niż prawa karnego. Zachodzi bowiem obawa o spowodowanie w ten sposób zaciemnienia procesu karnoprawnego wartościowania. Po drugie, rodzi się pytanie czy błąd medyczny w szerszym ujęciu można uznać za pojęcie kompleksowe, a zatem na tyle pojemne, aby można było je sensownie powiązać ze wszystkimi regułami postępowania obowiązującymi osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych. Nie ulega wątpliwości, że błąd medyczny w restryktywnym ujęciu jest pojęciem znacznie węższym niż niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Wydaje się jednak, że istnieje szereg reguł ostrożności, których naruszenia może nie obejmować nawet i szersza jego definicja, prezentowana m.in. przez T. Srokę[64]. Warto mieć bowiem na uwadze, że „reguły ostrożności charakteryzowane są przez trzy elementy: sprawca ma mieć odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzenia określonej czynności, pozostającej w związku z chronionym dobrem; czynność ma być przeprowadzona przy użyciu odpowiedniego dla niej narzędzia; czynność ma być przeprowadzona w odpowiedni sposób, tzn. taki, który nie zwiększa ryzyka dla chronionego dobra, ponad stopień uznany za dopuszczalny ze względu na społecznie istotny sens przeprowadzanej czynności"[65]. Przyjęcie,

[63] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 466-467.

[64] Tamże.

[65] A. Zoll, *Ogólne zasady odpowiedzialności karnej w projekcie kodeksu karnego*, PiP 1990, Nr 10, s. 35; Tak też we wcześniejszej literaturze: K. Buchała, *Bezprawność przestępstw nieumyślnych oraz*

że elementy te wyznaczają granice poszczególnych kategorii reguł ostrożności pozwala wyprowadzić dwa wnioski co do relacji pomiędzy przywołanym terminem a normatywnym określeniem, jakim jest niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.

Pierwszym z nich jest to, że poza zakresem desygnatów określenia „błąd medyczny", nawet w szerokim rozumieniu, obejmującym naruszenie zasad postępowania mających podstawę w wiedzy medycznej i wymogu należytej staranności – stosownie do wskazań bardziej pojemnego ujęcia – pozostają przypadki naruszenia reguł z pierwszej i drugiej kategorii, tj. odnoszących się do kwalifikacji podmiotu i używanego narzędzia. Natomiast drugim wnioskiem – potwierdzającym słuszność postawionej tezy – jest to, że pojęcie błędu medycznego można co prawda powiązać z regułami należącymi do trzeciej kategorii, czyli z tymi dotyczącymi sposobu postępowania z dobrem prawnym, ale – jak się wydaje – nie ze wszystkimi, lecz co najwyżej z niektórymi ich odmianami. Poza kryteriami oceny zdają się pozostawać chociażby przynależne tej kategorii zasady zespołowego działania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, które – jako że odnoszą się raczej do właściwej organizacji, niż do „wiedzy i praktyki medycznej" *sensu stricto* – znajdują się poza ramami definicyjnymi „błędu medycznego" w węższym ujęciu. Nie są to też reguły, które dają się jednoznacznie przyporządkować do kategorii zasad „należytej staranności", rozumianych jako powszechnie przyjęte elementarne normy postępowania, jako że wywodzą się – wprawdzie z innych niż medycyna – niemniej z dziedzin specjalistycznych, jak chociażby prakseologia, teoria zarządzania i ergonomia. Stąd – jak można sądzić – nie mieszczą się one w zakresie znaczeniowym „błędu medycznego" wyznaczonym także wedle szerszego ujęcia.

Skłania to w konsekwencji do oceny, że „błąd medyczny" nawet w najszerszym z prezentowanych w literaturze i orzecznictwie ujęć może służyć do określenia okoliczności niedochowania co najwyżej jednej lub kilku odmian reguł ostrożności, spośród całego spektrum tych, które obowiązują pracownika medycznego w codziennej praktyce zawodowej. Aby pojęcie to mogło mieć praktyczne znaczenie w procesie karnoprawnego wartościowania należałoby zakreślić jego ramy znaczeniowe właściwie tak szeroko, jak w przypadku normatywnego terminu, jakim jest niezachowanie

wyłączające ją dozwolone ryzyko, Warszawa 1971, s. 122; A. Zoll, *Brak wymaganych kwalifikacji działającego podmiotu jako przesłanka odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne*, SP 1988, Nr 1-2, s. 247-248.

ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Można by zatem wskazać, że na potrzeby ustalania odpowiedzialności karnej „błąd medyczny" powinno się rozumieć jako błędne udzielenie świadczenia zdrowotnego, wadliwe w tym sensie, że powodujące – w wyniku niewłaściwie przeprowadzonego procesu jego wykonywania bądź zaniechania jego realizacji – przynajmniej jeden ze skutków stypizowanych w art. 160 K.k., art. 157 K.k., art. 156 K.k. lub art. 155 K.k., które to następstwa nie zaistniałyby, gdyby zastosowano się do reguł ostrożności, niezależnie od ich źródła, wymaganych w danych okolicznościach, tj. wskazań aktualnej wiedzy medycznej lub innych standardów postępowania właściwych interakcjom społecznym wskazanego rodzaju, wypływających w szczególności z dorobku takich dziedzin życia, jak: zarządzanie ryzykiem, zasobami ludzkimi, wiedzą i informacją, organizacja ochrony zdrowia, ergonomia, prakseologia. Przy czym przypadki błędnego postępowania medycznego, niemniej niesprowadzającego przestępnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta, wypadałoby zakwalifikować do kategorii pojęciowych określanych w literaturze anglojęzycznej m.in. mianem *near miss* lub *close call*[66]; do których to przyjdzie jeszcze powrócić w niniejszej pracy w ramach rozważań poświęconych organizacyjnym uwarunkowaniom błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Alternatywnie można by zaproponować przeniesienie materii wykraczającej poza granice „błędu medycznego" – rozumianego jako naruszenie wyłącznie reguł czerpanych z nauk medycznych – do zakresu definicyjnego takich terminów, jak „błąd zespołowy", „błąd organizacyjny", „błąd techniczny" lub „błąd ergonomiczny". Prowadziłoby to jednak do niepotrzebnego rozczłonkowania pojęcia wyjściowego.

5. Ocena znaczenia pojęcia błędu medycznego dla karnoprawnego wartościowania

Mając na względzie dotychczasowe rozważania można dojść do przekonania, że pojęcie błędu medycznego w kształcie funkcjonującym w piśmiennictwie i judykaturze czyni je nieprzydatnym z punktu widzenia przypisania odpowiedzialności karnej za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia, z uwagi w szczególności na zbyt wąskie jego ramy definicyjne. Poza standardami wynikającymi ściśle z dorobku nauk medycznych, istnieje bowiem cały szereg reguł

[66] L. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson (red.), *To err is human. Building a safer health system. Report of the Institute of Medicine*, Washington 1999; K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, M. L. Grady (red.), *Advances in patient safety. New directions and alternative approaches*, Rockville 2008.

postępowania odnoszących się do udzielania świadczeń zdrowotnych, których naruszenie może być podstawą przypisania penalizowanego skutku. W praktyce medycznej nie mniej istotne niż wskazania aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, bywają wszak wytyczne, których celem jest zagwarantowanie minimalnego standardu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wobec właściwej współczesnej medycynie złożoności tegoż procesu – niejednokrotnie wymagającego wykonywania czynności leczniczych w wieloosobowych zespołach bądź wieloetapowo, z użyciem nowoczesnych technologii, w tym skomplikowanej aparatury – w coraz większym stopniu pomyślny wynik leczenia zależy od rozwiązań mających chronić pacjenta, ale też i pracownika medycznego, przed uchybieniami o charakterze technicznym lub organizacyjnym. Rozwój nauk i technologii medycznych przekłada się bowiem na poszerzenie nie tylko spektrum możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, lecz także katalogu wymaganych w danych okolicznościach reguł ostrożności. Wśród nich można wyróżnić również i te, które regulują sferę wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz organizację procesu udzielanych tam świadczeń zdrowotnych. Współcześnie coraz większego znaczenia zdają się nabierać także – zwłaszcza w złożonych strukturach organizacyjnych – mechanizmy zarządzania różnego rodzaju ryzykami. Narzędzia z kolei, do których się one odwołują, specyfikowane są w formie rozmaitych standardów, algorytmów i ścieżek postępowania, tworzonych w oparciu o osiągnięcia nauki i praktyki wykraczające poza dziedzinę medycyny. Z uwagi przy tym, na ich specjalistyczny charakter, zdają się one nie mieścić również w zakresie powszechnie przyjętych elementarnych norm ostrożności, znanych „przeciętnemu obywatelowi”.

Jeśli zatem w toku ustalania odpowiedzialności karnej należy zbadać prawidłowość zachowania się osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego z punktu widzenia całości obowiązujących ją w danej sytuacji reguł ostrożności, to wydaje się zabiegiem sztucznym wyodrębnianie – wśród niedochowanych przez nią zasad – tych, których niedopełnienie może być określone mianem „błędu medycznego” i innych, wykraczających poza tę kategorię pojęciową. Skoro wystarczy poprzestać na ustaleniu naruszenia obowiązku ostrożności, to pojęcie błędu medycznego staje się zbędne i nie znajduje uzasadnienia wyszczególnianie go w ramach szerszej kategorii, jaką jest naruszenie reguł ostrożnego obchodzenia się z określonym dobrem prawnym.

Skłania to w konsekwencji do opowiedzenia się za rezygnacją w procesie karnoprawnego wartościowania z posługiwania się pojęciem błędu medycznego na rzecz odwoływania się do normatywnego określenia, jakim jest niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach[67].

Nie przekonują z kolei argumenty przeciwne, wskazujące na przydatność terminu „błąd medyczny" jako ułatwiającego orzekanie w sprawach karnych. Zróżnicowane postrzeganie tego zjawiska w literaturze i orzecznictwie może bowiem prowadzić do odmiennych wniosków w podobnych sprawach, a w konsekwencji do stosowania niejednolitych kryteriów ustalania odpowiedzialności karnej pracowników medycznych. Rozważanie tego rodzaju odpowiedzialności przez pryzmat kategorii błędu medycznego, pojęcia nieścisłego i niejednolicie rozumianego, siłą rzeczy musi implikować wątpliwości i niepotrzebnie mnożyć problemy interpretacyjne, zaciemniając tylko obraz karnoprawnej sytuacji inkryminowanych pracowników medycznych, w już i tak skomplikowanych postępowaniach sądowych tego typu. Podobnie nie może stanowić wystarczającego uzasadnienia dla posługiwania się pojęciem błędu medycznego – na gruncie prawa karnego – okoliczność, że jest ono zakorzenione w piśmiennictwie, opiniach biegłych, praktyce wymiaru sprawiedliwości oraz świadomości społecznej[68].

Wydaje się więc, że posługiwanie się tym terminem jest jedynie kwestią przyjętej na przestrzeni ostatnich lat konwencji, nie ma on jednak praktycznego znaczenia dla procesu karnoprawnego wartościowania. Omawiane pojęcie pozostaje zatem do zaakceptowania w obszarze języka potocznego, na potrzeby ułatwienia w sferze *opinio communis* identyfikacji zaistniałego układu okoliczności faktycznych z określoną kategorią spraw; względnie jako swoisty *terminus technicus*, czyli termin techniczny, używany jako pewnego rodzaju skrót myślowy, kierunkujący uwagę na przypadki faktyczne takiego typu, w których dochodzi do nieumyślnego spowodowania negatywnych (na gruncie prawa karnego – penalizowanych) następstw dla życia

[67] W tym tonie wypowiadają się także: M. Sośniak, *Cywilna* …, 1968, s. 64-100; G. Rejman, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie prawa karnego materialnego*, NP 1975, Nr 7-8, s. 1078 i n.; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 53-54; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie* …, 1999, s. 55; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 108.

[68] Por. R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 193 – Jak podnosi autorka: „Nie ma (…) potrzeby rezygnowania z zakorzenionego w świadomości społecznej i powszechnie używanego na określenie nieprawidłowości popełnionych w związku z wykonywaniem zawodu lekarza pojęcia błędu. Ma ono swoje miejsce w języku prawniczym i orzecznictwie oraz ustaloną pozycję jako przesłanka odpowiedzialności karnej lekarza. Fakt, że «błąd w sztuce» jest nadal popularny i stosowany w środowisku medycznym, prawniczym oraz potocznie najlepiej świadczy o tym, że jest to termin niezbędny i pożyteczny".

i zdrowia pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Obierając jednak takie podejście należałoby dążyć do wypracowania jednolitej – choćby dla jednego reżimu odpowiedzialności prawnej – definicji tego określenia. Skądinąd jej propozycja, mogąca znaleźć zastosowanie w sferze prawa karnego, przedstawiona została na wcześniejszym etapie rozważań zawartych w niniejszym rozdziale. Wówczas posługiwanie się określeniem „błąd medyczny" mogłoby pełnić rolę porządkującą, zawężać pole oceny do spraw określonego typu, a w konsekwencji posiadać znaczenie informacyjne, przyczyniając się tym samym do klaryfikacji wywodu[69].

[69] Szerzej na temat przydatności pojęcia błędu medycznego w procesie karnoprawnego wartościowania: A. Dąbek, *Rozważania* …, 2016, s. 73-90.

Rozdział II
Reguły ostrożności obowiązujące w okolicznościach zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Cel zespołowego działania a ryzyka towarzyszące czynnościom medycznym wykonywanym w konstelacjach co najmniej dwuosobowych

W wypowiedziach w przedmiocie odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za negatywne następstwa dla życia lub zdrowia pacjenta – formułowanych na gruncie rozważań doktrynalnych – uwaga kierowana jest zwykle na karnoprawną sytuację pojedynczej osoby[70]. Jest to zrozumiałe: z jednej strony z uwagi na fakt, że zgodnie z art. 18 K.k. za sprawstwo odpowiada przede wszystkim ten, kto sam wykonuje czyn zabroniony, z drugiej zaś – z perspektywy podstawowych zasad prawa karnego, do których należą w szczególności dyrektywy subiektywizacji i indywidualizacji odpowiedzialności karnej[71].

---

[70] Zob. J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 174-206; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 213-223; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 86-93; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 190-209; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 123-128; M. Filar, Lekarskie …, 2000, s. 124-125; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 221-224; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 359-365; E. Jęczmionka-Kopińska, *Błąd* …, 2013, s. 108-117 – w których to kompleksowych opracowaniach tematu, jak można ocenić, problematyka kształtowania się odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za negatywne skutki dla życia pacjenta powstałe w okolicznościach zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych pozostawiana jest na marginesie rozważań lub stanowi jedynie nieznaczny wycinek całego studium; Nieco szerzej na ten temat wypowiada się: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 383-451 i 534-554; Spośród artykułów koncentrujących się na wskazanym aspekcie, zamieszczonych w czasopismach naukowych wypada wskazać: G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 55-71; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 38-47; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 114-121; M. Lipski, *Kolizja odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia*, CzPKiNP 2016, Nr 2, s. 107-128; A. Dąbek, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 2015, s. 121-126; R. Tymiński, *Odpowiedzialność karna za działania w zespole medycznym*, PS 2021, Nr 5, s. 77-97; Niemniej należy zaznaczyć, że w części opracowań książkowych poświęconych w całości albo w znacznej mierze problemom z obszaru medycznego prawa karnego zupełnie pomija się kwestię odpowiedzialności karnej w zespole medycznym – Zob. np.: T. Gardocka, D. Jagiełło (red.), *Medyczne* …, 2016; J. Zajdel (red.), *Meritum* …, 2016, s. 387-427; A. Fiutak, *Prawo* …, 2019, s. 161-217; E. M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność* …, 2021; W najnowszej literaturze materia ta wyraźnie zauważona jest w następujących publikacjach: A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki błędu medycznego popełnionego w zespołowym działaniu* [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna* ..., t. 3, 2021, s. 421-471; Por. w zakresie prawa cywilnego: E. Bagińska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prywatnoprawna, t. 5*, 2021, s. 255-289.

[71] Choć należy wyraźnie podkreślić, że także na gruncie przestępnego współdziałania winny być one w pełni respektowane – Zob. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 86; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 202; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 384-386; Zdaniem G. Rejman wręcz: „pojęcie «zespołu» nie tylko nie eliminuje indywidualnej odpowiedzialności wyrosłej na zasadzie subiektywizmu i indywidualizacji, lecz przeciwnie, nadaje tym zasadom głębszy sens" – Zob. taż, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 58.

Niemniej nie można tracić przy tym z pola widzenia, iż – jak już sygnalizowano – udzielanie świadczeń zdrowotnych niejednokrotnie wymaga wykonywania czynności medycznych w konstelacjach przynajmniej dwuosobowych, wieloetapowo, w systemie pracy zmianowej lub przy użyciu zaawansowanych technologii i aparatury medycznej, których obsługa wymaga włączenia do zespołu medycznego dodatkowych profesjonalistów. Podłoża takiego stanu rzeczy można upatrywać w stale dokonującym się postępie cywilizacyjnym, szczególnie wyraźnie zarysowującym się w obszarze ochrony zdrowia. Dynamiczny rozwoju nauk i technologii medycznych pociąga za sobą bowiem zwiększenie skomplikowania i szczegółowości procedur medycznych, co z kolei wymusza daleko idącą specjalizację. Jak trafnie podnosi L. Lernell: „rozwój nauki i towarzyszący mu proces coraz większej specjalizacji ze względu na rosnące bogactwo myśli wpływają, siłą rzeczy, na ciągłe pogłębianie się izolacji różnych dziedzin wiedzy”[72]. Głównym czynnikiem spajającym – pozwalającym na kompleksowe wykorzystanie osiągnięć nauki z poszczególnych wąskich obszarów poznania – zdaje się być zatem współdziałanie w ramach zespołów interdyscyplinarnych.

W konsekwencji powyższego – tj. w obliczu współczesnej złożoności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych – podział pracy, a zatem powierzanie poszczególnych jej odcinków różnym osobom, jest nieuniknione, zaś konieczność zespołowego działania niejako przesądzona[73]. Interdyscyplinarny proces leczniczy staje się więc w istocie

[72] L. Lernell, *Zagadnienia związku przyczynowego w prawie karnym*, Warszawa 1962, s. 4.

[73] Warto w tym kontekście nadmienić, że konieczność pracy zespołowej profesjonalistów medycznych niejednokrotnie przesądzona jest w drodze aktu normatywnego – Zob. w szczególności: art. 43a ust. 5 u.zawod.lek., zgodnie z którym „trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów”; art. 32a u.PRM, na postawie którego „medyczne czynności ratunkowe są udzielane przez zespół ratownictwa medycznego”; art. 16c ust. 3-4 u.transplant., stanowiący, że w skład zespołu odpowiedzialnego za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia wchodzą co najmniej: „1) jeden lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej; 2) jeden lekarz specjalista z dziedziny chirurgii albo chirurgii dziecięcej albo hematologii albo chirurgii naczyń albo kardiochirurgii albo onkologii klinicznej albo onkologii i hematologii dziecięcej albo urologii”; art. 202 K.p.k., który stanowi, co następuje: „§ 1. W celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. § 2. Na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności. § 3. Do udziału w wydaniu opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego, w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje biegłego lekarza seksuologa”; Zał. do rozp. MZ z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. z 2015 r. poz. 1958), stosownie do którego w skład zespołu przeprowadzającego operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18 wchodzi: „a) co najmniej dwóch lekarzy operatorów, w tym co najmniej jeden specjalista w dziedzinie kardiochirurgii, b) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii dziecięcej z odpowiednim doświadczeniem w zakresie echokardiografii wad serca dostępny na bloku operacyjnym w czasie trwania zabiegu, c) lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii,

normą, swoistą rutyną, typowym sposobem udzielania świadczeń zdrowotnych[74]. Coraz rzadziej zdarza się bowiem, że od początku do końca jest ono udzielane przez jedną i tę samą osobę, samodzielnie świadczącą pacjentowi pomoc medyczną i jednocześnie dbającą o całe spektrum warunków, w jakich świadczenie to jest wykonywane[75]. Przejście pacjenta przez całą – coraz dłuższą obecnie – ścieżkę postępowania medycznego wymaga najczęściej udziału przynajmniej kilku przedstawicieli rozmaitych profesji medycznych. Dawny więc model, wynikający z indywidualnej relacji pacjenta i samodzielnie pracującego lekarza, ustępuje miejsca nowemu układowi, gdzie opiekę nad chorym sprawuje zespół osób, w którego skład wchodzić mogą lekarze różnych specjalności, pielęgniarki, położne, diagności laboratoryjni, ratownicy medyczni, perfuzjoniści, fizjoterapeuci – współdziałający w udzieleniu kompleksowego świadczenia zdrowotnego[76]. Mogą oni działać jednocześnie, jak np. podczas wykonywania złożonego zabiegu operacyjnego lub interwencji podejmowanej przez zespół ratownictwa medycznego albo w określonej sekwencji czasowej, podyktowanej koniecznością przekazywania pacjenta na kolejne etapy diagnozy, terapii i rehabilitacji[77].

---

d) pielęgniarki operacyjne, w tym co najmniej jedna pielęgniarka operacyjna co najmniej po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, e) pielęgniarka co najmniej po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, f) perfuzjonista"; Zał. do rozp.stand.okołoporod., w którym wskazuje się, że „w zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z: 1) lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu; 2) położną albo położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną; 3) lekarzem oddziału neonatologicznego".

[74] Zob. w szczególności: § 12 ust. 1 rozp.stand.anest. – wedle którego „leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny".

[75] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 383.

[76] A. Dąbek, *Organizacyjne uwarunkowania błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych* [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates przed sądem. Współczesne wyzwania prawa medycznego, t. 2*, Wrocław 2018, s. 45; We wcześniejszej literaturze omawiane zjawisko dostrzega: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 174 i n.; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 213 i n.; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 86 i n.; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 55 i n.; taż, *Czynność lecznicza wykonywana przez zespół lekarski a odpowiedzialność karna* [w:] M. Filar (red.), *Prawo a medycyna u progu XXI wieku*, Toruń 1987, s. 53 i n.; taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 190 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 123 i n.; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 124 i n.; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 38 i n.; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 221 i n.; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 359 i n.; tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 114 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 383 i n.; M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 107 i n.; A. Dąbek, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 2015, s. 121 i n.

[77] W tym tonie: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 175 i 190; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 214 i n.; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe wykonywanie nadzoru w zespołowym działaniu*, Warszawa 1972, s. 32; taż, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 55 i n.; taż, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 53-54; taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 191; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 123-124; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 38; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 115 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 383 i 429-430; M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 107 i 113; A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 45; Odmiennie: L. Kubicki, *Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego*, PiM 2001, Nr 9, s. 34 – Zdaniem autora: „w postępowaniu leczniczym,

Zjawisko to można określić mianem „zespołowego działania", które – w kontekście tzw. spraw medycznych – wypada zdefiniować jako działanie (zaniechanie) przynajmniej dwóch osób, prowadzące do udzielenia kompleksowego świadczenia zdrowotnego albo zaniechania jego udzielenia w całości lub w części, poprzez wzajemne uzupełnianie się podjętych przez te osoby zachowań, niezależnie od tego czy osoby te wykonują określoną czynność (odstępują od jej dokonania) jednocześnie, czy też postępują w pewnej sekwencji temporalnej, rozumianej jako rozbicie ciągu zespołowej pracy w czasie. Przy czym, w niniejszym studium, za członka zespołu uznaje się nie tylko osobę bezpośrednio wykonującą czynność medyczną, lecz także inne osoby mające wpływ na kształtowanie się procesu udzielania świadczenia zdrowotnego, choćby ich wkład w przebieg owego procesu sprowadzał się do kierowania lub zarządzania nim, jego organizacji lub koordynowania, kontrolowania lub nadzorowania go, jak również wydawania poleceń – w tym w formie zarządzeń, regulaminów, harmonogramów pracy – w sposób przesądzający o warunkach, w jakich świadczenie to jest przeprowadzane bądź metodach i środkach w tym celu wykorzystywanych.

Należy jednak zastrzec jednocześnie, że definiowane sformułowanie może, ale nie musi pokrywać się z zakresem znaczeniowym takich normatywnych terminów, jak „współsprawstwo", „sprawstwo kierownicze" i „sprawstwo polecające". Na gruncie niniejszej pracy bowiem pojęcie zespołowego działania – wprowadzone w celu uproszczenia i klaryfikacji dalszych wywodów – stanowi zbiorcze określenie na wszelakie stany faktyczne, w których postępowanie medyczne przeprowadzane jest przez co najmniej dwie osoby. A zatem należy mieć na uwadze, że w wyniku karnoprawnego wartościowania ich zachowań część z nich w istocie będzie można zakwalifikować jako jedną z form przestępnego współdziałania w rozumieniu art. 18 K.k., niemniej – w przypadku niespełnienia wymaganych ku temu przesłanek – ewentualne zbiegi lub kolizje odpowiedzialności poszczególnych osób składających się na zespół medyczny dopuszczalnym będzie rozstrzygać co najwyżej w kategoriach sprawstwa pojedynczego, w tym sprawstwa równoległego; niektóre z nich zaś – ostatecznie przyjdzie uznać za karnoprawnie irrelewantne.

w którym uczestniczą odrębnie lekarze różnych specjalności, bądź równolegle, bądź następczo, trudno w ogóle dopatrzyć się elementów zespołowości. Uczestnicy tego postępowania działają przecież wobec siebie właśnie odrębnie a nie zespołowo. Ich wzajemna relacja polega nie na działaniu wspólnym, lecz w rzeczywistości na działaniu komplementarnym"; Por. R. Tymiński, *Odpowiedzialność* …, 2021, s. 78-79 – w zakresie przeprowadzanej przez autora klasyfikacji zespołów medycznych.

Nie ulega wątpliwości, że współdziałanie w procesie leczenia może przynieść oczywiste korzyści dla pacjenta, a wręcz okazać się nieodzowne; wszak szereg świadczeń zdrowotnych jest zwyczajnie niewykonalnych przez pojedynczego – nawet wybitnie wszechstronnego – pracownika medycznego[78], albo też zespołowe ich udzielenie pozwala na skrócenie czasu realizacji określonej procedury lub podniesienie jakości i bezpieczeństwa jej wykonania, przekładając się tym samym na zwiększenie szans powodzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego[79]. Zwykle przyjęcie systemu fragmentaryzacji procesu pracy, i w następstwie rozproszenia obowiązków powierzanych w jego ramach, jest warunkiem niezbędnym przeprowadzania zabiegów medycznych o podwyższonym stopniu skomplikowania, a przy tym precyzyjnego ich wykonywania. Ponadto należy mieć na uwadze, że zapanowanie nad procesem udzielania świadczeń zdrowotnych niejednokrotnie przekracza możliwości pojedynczych pracowników wchodzących w skład zespołu medycznego i wymaga delegowania kompetencji w zakresie koordynowania jego pracą odrębnej osobie, np. kierownikowi podmiotu leczniczego lub jego jednostki organizacyjnej[80].

Wskazane uwarunkowania zdają się zatem otwierać nowe perspektywy dla efektywnego i skutecznego leczenia. Rozbudowany system ochrony zdrowia – będący zdobyczą współczesności – pozwala wszak na lepsze wyposażenie personelu medycznego w metody i środki potrzebne do urzeczywistnienia celów jego pracy niż miało to miejsce w klasycznej formie działalności lekarza, niejako wyizolowanego w wykonywaniu swoich obowiązków. Niemniej zespołowe udzielanie świadczeń zdrowotnych – jak każde działanie wspólne – generuje także ryzyka; i to w istocie nowe ryzyka, charakterystyczne dla tego rodzaju aktywności profesjonalnej[81]. Z jednej bowiem strony funkcjonowanie w złożonych strukturach organizacyjnych oraz wykorzystywanie nowoczesnych technologii stwarza nowe, nieznane bądź nierozpowszechnione wcześniej, możliwości niesienia pomocy medycznej, z drugiej jednak obarczone jest dodatkowymi zagrożeniami – których źródłem może być brak odpowiedniej organizacji,

[78] Por. np. Zał. Nr 1 i 2 do rozp.specjal.lek. – zawierające wykaz 77 specjalizacji lekarskich, a ponadto 9 specjalizacji lekarsko-dentystycznych.

[79] A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 45; Na problem ten we wcześniejszej literaturze uwagę zwraca: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 174 i n.; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 213, 215 i 216-217; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 114.

[80] A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 45-46.

[81] Szerzej na temat ryzyka czynności medycznych w ujęciu karnoprawnym: J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967.

koordynacji lub komunikacji w danym zespole medycznym albo niewłaściwa ergonomia pracy – co z kolei może stanowić jakościowo inne niż dotychczas podłoże wadliwości wdrażanych procedur medycznych[82].

Jednakowoż wizja urzeczywistnienia się owych zagrożeń, naturalnie wiążących się z faktem rozbudowania procesu pracy personelu medycznego, nie powinna przesłaniać – wzmiankowanych już – istotnych korzyści płynących z działalności zespołowej, lecz musi skłaniać raczej do wyznaczenia poziomu dopuszczalnego ryzyka w tego rodzaju, powszechnie akceptowanych i pożądanych, przejawach życia społecznego. Za swoiste drogowskazy ostrożnego postępowania – innymi słowy utrzymywania ryzyka w rozsądnych granicach – na ścieżce profilaktyki, zachowywania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia realizowanej w konstelacjach co najmniej dwuosobowych, można uznać reguły zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych. Omówieniu ich poświęcona jest dalsza część niniejszego rozdziału.

[82] Ocenę współczesnych ryzyk związanych z wykonywaniem procedur medycznych w aspekcie ilościowym pozostawia się poza zakresem niniejszej pracy, jako że wymaga ona wcześniejszego przeprowadzenia złożonych i zakreślonych na szeroką skalę badań statystycznych.

2. Zasada udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym standardem podstępowania medycznego a reguły zespołowego działania

Wprawdzie w literaturze przedmiotu przeprowadza się szczegółową klasyfikację zasad udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązujących indywidualnie każdego profesjonalistę medycznego, bez względu na to czy pracuje on samodzielnie czy w zespole[83], co mogłoby skłaniać do poświęcenia temu wyliczeniu stosownej atencji również i w niniejszym studium. Niemniej z racji tego, że wspomniana materia została obszernie i wnikliwie opracowana[84], jak również z uwagi na zakreślony obszar badawczy, rozważania prezentowane w niniejszym rozdziale koncentrują się na zagadnieniach ściśle powiązanych ze zjawiskiem zespołowego działania. Stąd zasadę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym standardem podstępowania medycznego wypada potraktować jedynie jako punkt odniesienia dla omówienia reguł zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji – ograniczyć się do zarysowania jej istoty.

Zasadę tę można wywieść z art. 6 ust. 1 u.praw.pacjent., statuującego prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej[85], z którym z kolei skorelowane są stosowne obowiązki ciążące na pracownikach medycznych, m.in. na lekarzu i lekarzu dentyście[86], pielęgniarce

---

[83] Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 270 i n. – Autor wśród zasad obowiązujących indywidualnie każdego profesjonalistę medycznego wymienia, poza „zasadą udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej", m.in. „zasadę udzielania świadczeń zdrowotnych przez uprawnione podmioty" oraz „zasadę udzielania świadczeń odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym". Jak się wydaje, stanowi to nawiązanie do prezentowanego w doktrynie poglądu, zgodnie z którym „reguły ostrożności charakteryzowane są przez trzy elementy: sprawca ma mieć odpowiednie kwalifikacje do przeprowadzenia określonej czynności, pozostającej w związku z chronionym dobrem; czynność ma być przeprowadzona przy użyciu odpowiedniego dla niej narzędzia; czynność ma być przeprowadzona w odpowiedni sposób, tzn. taki, który nie zwiększa ryzyka dla chronionego dobra, ponad stopień uznany za dopuszczalny ze względu na społecznie istotny sens przeprowadzanej czynności" – Tak: A. Zoll, *Ogólne zasady* …, 1990, s. 35; Tak też we wcześniejszej literaturze: K. Buchała, *Bezprawność* …, 1971, s. 122; A. Zoll, *Brak* …, 1988, s. 247-248; Przytoczony pogląd A. Zolla aprobują m.in.: A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 107; T. Dukiet-Nagórska, *Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2004, Nr 16, s. 7.

[84] Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 277-382.

[85] Zob. szerzej: L. Bosek, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020, s. 116 i n.

[86] Stosownie do art. 4 u.zawod.lek. lekarz (lekarz dentysta) obowiązany jest wykonywać zawód „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób"; Wymogi ustawowe w tym zakresie doprecyzowuje KEL, który w art. 4, art. 6 i art. 57 ust. 1 stanowi, że lekarz (lekarz dentysta) ma prawo do zachowania swobody działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, oraz swobody wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze, o ile służą one rzeczywistym potrzebom chorego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, z wykluczeniem jednak metod uznawanych przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe, a także niezweryfikowanych naukowo; Z kolei konieczność sprostania

i położnej[87], ratowniku medycznym[88], fizjoterapeucie[89], diagnoście laboratoryjnym[90] oraz farmaceucie[91].

ustawowemu wymogowi postępowania zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej wymusza stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych; Już sama rota przyrzeczenia lekarskiego, sformułowana w KEL, zawiera wzmiankę o obowiązku postępowania zgodnie z najlepszą wiedzą, którą lekarz (lekarz dentysta) obowiązany jest stale poszerzać – Zob. KEL, opubl. na oficjaln. str. internet. NIL: https://nil.org.pl/uploaded_images/1576053297_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp 23.02.2020]; Ustawowy zaś obowiązek w tym zakresie wyrażony jest w art. 18 ust. 1 u.zawod.lek., zgodnie z którym lekarz (lekarz dentysta) ma „obowiązek doskonalenia zawodowego".

[87] Wedle art. 11 ust. 1 u.zawod.pielęgn. na pielęgniarce (położnej) ciąży obowiązek wykonywania zawodu „wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności"; Natomiast zgodnie z art. 61 ust. 1 u.zawod.pielęgn. pielęgniarka (położna) ma „obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych"; Szeroko do omawianej kwestii odnosi się także KEPiP, począwszy od zawartej w nim roty przyrzeczenia, wedle której pielęgniarka (położna) zobowiązuje się „wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu" (pkt 6); poprzez postanowienia części szczególnej KEPiP stanowiące, że pielęgniarka (położna) pełniąc swoją rolę zawodową zobowiązana jest do „udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami" (ust. I pkt 1 lit. a); a kończąc na problematyce ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych (ust. II pkt 1) – Zob. KEPiP, opubl. na oficjaln. str. internet. NIPiP: https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/ [dostęp 23.02.2020].

[88] Na podstawie art. 11 ust. 2 u.PRM „ratownik medyczny postępuje zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej", natomiast zgodnie z art. 12 ust. 1. u.PRM ratownik medyczny ma „obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego".

[89] Jak stanowi art. 4 ust. 1. u.zawod.fizjoter. fizjoterapeuta wykonuje „wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej"; Stosownie natomiast do KEF, opracowanego przez PTF, „obowiązkiem fizjoterapeuty jest stały rozwój zawodowy i osobisty, a jego kwalifikacje powinny wynikać z aktualnego poziomu wiedzy" (art. 6), zaś „w celu zapewnienia pacjentom najwyższej jakości świadczeń ma (…) obowiązek (…) stałego doskonalenia umiejętności oraz śledzenia najnowszych osiągnięć naukowych w tym zawodzie, w ramach samokształcenia i uczestnictwa w organizowanych formach doskonalenia zawodowego" (art. 47) – Zob. KEF, opubl. na oficjaln. str. internet. PTF: http://fizjoterapia.org.pl/wp-content/uploads/2019/03/kodeks.pdf [dostęp 23.02.2020]; Również wedle zasad etyki zawodowej fizjoterapeutów, sformułowanych przez KIF, przedstawiciele tego zawodu mają „obowiązek stałego doskonalenia zawodowego, aby zapewnić udzielanie świadczeń zgodnych z aktualnym poziomem wiedzy" (pkt 6) – Zob. ZEZF, opubl. na oficjaln. str. internet. KIF: https://kif.info.pl/zasady-etyki-zawodowej/ [dostęp 23.02.2020]; Z kolei kryteria ciągłego doskonalenia zawodowego fizjoterapeutów określone są przez KRF – Zob. uchw. Nr 227/I KRF z dnia 29 maja 2018 r., opubl. na oficjaln. str. internet. KIF: https://kif.info.pl/file/2018/06/Uchwala_227.pdf [dostęp 23.02.2020].

[90] Zgodnie z art. 21 u.diagn.lab. „diagnosta laboratoryjny jest obowiązany do postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy zawodowej", Natomiast art. 30 u.diagn.lab. nakłada na diagnostę laboratoryjnego „obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych"; Również rota ślubowania składanego przez diagnostę laboratoryjnego – sformułowana w art. 11 ust. 1 u.diagn.lab. – zawiera wzmiankę o wykonywaniu czynności zawodowych „zgodnie z najlepszą wiedzą"; Uregulowania ustawowe uzupełnia zaś w tym zakresie § 14 KEDL, który stanowi, iż „biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój laboratoryjnej diagnostyki medycznej, diagnosta laboratoryjny powinien stale poszerzać swoją wiedzę fachową i podnosić swoje kwalifikacje zawodowe" – Zob. KEDL, opubl. na oficjaln. str. internet.: http://kidl.org.pl/file/file/download?id=1785 [dostęp 23.02.2020].

[91] Stosownie do art. 27 u.zawod.farmaceut. przedstawiciele tego zawodu mają obowiązek wykonywać swą profesję „zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy farmaceutycznej i medycznej, dostępnymi im metodami"; zaś z mocy art. 43 i n. u.zawod.farmaceut. na farmaceucie ciąży obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych; Warto nadmienić, że zgodnie z art. 3 ust. 1. KEA aptekarz, będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę, jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, zaś wedle art. 14 ust. 2 KEA, świadom ciągłego postępu w nauce, stale doskonali swe umiejętności

Źródłem poznania stanu aktualnej wiedzy i praktyki medycznej mogą być akty normatywne, aczkolwiek zasady prawidłowego postępowania klinicznego, podobnie jak wiele innych reguł ostrożności (np. reguł dyktujących sposób uprawiania określonej dyscypliny sportowej[92]), nie muszą pozostawać w żaden sposób skodyfikowane, szczególnie z prawnego punktu widzenia[93]. Mogą sprowadzać się one bowiem do wypracowanych w nauce i praktyce medycznej standardów, rozumianych jako „teorie, poglądy czy zasady, które bądź zostały zweryfikowane, sprawdzone empirycznie, bądź przebrnęły zwycięsko przez ogień krytyki, albo też zostały wypowiedziane lub ogłoszone przez osoby czy instytucje naukowe cieszące się szczególnym autorytetem z racji swego wysokiego poziomu naukowego i rzetelności”[94]; ujmowanych niejednokrotnie w postaci rekomendacji, wytycznych, zaleceń albo wręcz ścieżek, schematów i algorytmów postępowania, znajdujących odzwierciedlenie w doniesieniach naukowych prezentowanych bądź w literaturze fachowej[95] bądź też w dokumentach

zawodowe i przekazuje je swoim współpracownikom – Zob. KEA, opubl. na oficjaln. str. internet. NIA: https://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/ [dostęp 23.02.2020]; Natomiast zgodnie z § 2 rozp. MZ z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 499), ramowy ich program obejmuje kształcenie m.in. w zakresie postępu nauk farmaceutycznych.

[92] Zob. szerzej w zakresie reguł sportowych: A. J. Szwarc, *Karnoprawne* …, 1997; tenże (red.), *Kompatybilność pozaprawnych regulacji sportowych z regulacjami prawnymi*; R. Kubiak, *Legalność pierwotna ryzyka sportowego*, Pr. i Pr. 2006 r., Nr 12, s. 13-35; tenże, *Dopuszczalne ryzyko sportowe* [w:] L. K. Paprzycki (red.), *SPK. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej, t. 4*, Warszawa 2016, s. 463-491.

[93] Tak: A. Zoll [w:] tenże (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 K.k.*, Warszawa 2012, s. 154.

[94] J. Waszczyński, *Prawo karne w zarysie. Nauka o ustawie karnej i przestępstwie*, Warszawa 1992, s. 175.

[95] Zob. np. R. Douglas Collins, *Algorytmy interpretacji objawów klinicznych*, Warszawa 2010; W. Jakubowski, *Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego*, Warszawa 2011; T. Nutbeam, R. Daniels, *Procedury zabiegowe*, Warszawa 2012; J. L. Pfenninger, G. C. Fowler, *Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej*, Wrocław 2012; J. R. Roberts, J. R. Hedges, C. Custalow i in., *Procedury kliniczne w medycynie ratunkowej*, Wrocław 2012; T. M. Campo, K. A. Lafferty, *Stany nagłe. Podstawowe procedury zabiegowe*, Warszawa 2013; P. Gregory, I. Mursell, *Diagnostyka i postępowanie w ratownictwie medycznym. Procedury zabiegowe*, Wrocław 2013; D. G. Nichols, M. Yaster, C. Schleien i in., *Złota godzina – algorytmy postępowania w stanach nagłych u dzieci*, Wrocław 2013; M. Grabowski, E. Szczerba, A. Cacko, *Komentarze do przypadków klinicznych w kardiologii – różnorodne ścieżki terapeutyczne*, Warszawa 2014; M. Kózka, L. Płaszewska-Żywko, *Procedury pielęgniarskie*, Warszawa 2014; M. Jarema (red.), *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, Gdańsk 2015; S. Kłęk, M. Jankowski, W. J. Kruszewski i in., *Clinical nutrition in oncology. Polish recommendations*, Oncol. Clin. Pract. 2015, Nr 11, s. 172-188; L. Brongel, *Algorytmy diagnostyczne i lecznicze w praktyce SOR*, Warszawa 2017; M. Mantero, F. Blasi, *Algorytmy diagnostyczne i terapeutyczne w chorobach płuc*, Wrocław 2017; J. Pundir, A. Coomarasamy, *Położnictwo – algorytmy oparte na dowodach naukowych*, Warszawa 2018; ciż, *Ginekologia – algorytmy oparte na dowodach naukowych*, Warszawa 2019; M. Jóźwiak, P. Szymanowski, *Uroginekologia – algorytmy postępowania terapeutycznego*, Gdańsk 2019; R. Shaoul, *Algorytmy pediatryczne – gastroenterologia*, Warszawa 2019.

opracowywanych przez środowiska poszczególnych zawodów medycznych[96], konsultantów krajowych w ochronie zdrowia[97], reprezentatywne towarzystwa naukowe krajowe albo międzynarodowe[98] lub inne gremia eksperckie, cieszące się autorytetem w danej dziedzinie nauki[99].

[96] Zob. np. E. Augustynowicz-Kopeć, Z. Zwolska (opr.), *Mikrobiologiczna diagnostyka gruźlicy oraz zasady ochrony pacjentów i pracowników przed zakażeniami wywołanymi prątkami gruźlicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych*, Warszawa 2014; J. Szych (opr.), *Rekomendacje laboratoryjnej diagnostyki zakażeń przewodu pokarmowego bakteriami rosnącymi w warunkach tlenowych oraz mikroaerofilnych. Rekomendacje Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych*, Warszawa 2015; J. Borzęcka (red.), *Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej*, Warszawa 2018; E. Wiśniewski (red.), *Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018; A. Ziółko, A. Rolewicz-Kalińska, *Postępowanie z odpadami medycznymi w medycznym laboratorium diagnostycznym. Rekomendacje Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych*, Warszawa 2018.

[97] Zob. np. R. J. Ładny, *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/ masowego*, Warszawa 2015, opubl. w oficjalnym serwisie internetowym RP: https://www.gov.pl/attachment/9afcad9e-69fb-477d-9f1a-6dc71343071e [dostęp 23.02.2020]; K. Piskorz-Ogórek, *Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie podawania antybiotyków u dzieci na zlecenie lekarskie w domu chorego*, Olsztyn 2018, opubl. na oficjalnej stronnie internetowej NIPiP: https://nipip.pl/wp-content/uploads/2018/04/Opinia_konsultanta.pdf [dostęp 23.02.2020]; P. Gałecki, *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających*, Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2018, Nr 3, s. 157-199; A. Horban, *Wymagania dotyczące pobrania i transportu materiału do badań metodą RT-PCR w kierunku zakażeń układu oddechowego powodowanych przez koronawirusy*, Warszawa 2020, opubl. na oficjaln. str. internet. GIS: https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-krajowego-konsultanta-w-dziedzinie-chorych-zakaznych/ [dostęp 23.02.2020]; Zob. też: art. 10 u.konsult.ochr.zdr., zgodnie z którym do zadań konsultantów krajowych i wojewódzkich należy m.in. wydawanie „opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy".

[98] Zob. np. *Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, opr. Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu*, Kraków 2014; *Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Stanowisko Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*, Gdańsk 2017; *Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia omdleń (2018), opr. Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. rozpoznawania i leczenia omdleń, Kardiologia Polska 2018*, Nr 8, s. 1119-1198; *Wytyczne ESC/ EACTS dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego (2018)*, opr. Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Stowarzyszenia Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (EACTS) ds. rewaskularyzacji mięśnia sercowego, Kardiologia Polska 2018, Nr 12, s. 1585-1664; *Wytyczne ESC/ ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018)*, opr. Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) ds. postępowania w nadciśnieniu tętniczym, Kardiologia Polska 2019, Nr 2, s. 71-159.

[99] Zob. np. Rekomendacje zespołu ekspertów pod przewodnictwem M. Wielgosia i M. Krzakowskiego w zakresie postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży: M. Wielgoś, M. Krzakowski i in., *Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część I. Wiadomości ogólne: epidemiologia, diagnostyka, leczenie, poradnictwo genetyczne*, Gin. i Perin. Prakt. 2016, Nr 4, s. 172-188; ciż, *Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część II. Rak szyjki macicy, guzy jajnika*, Gin. i Perin. Prakt. 2017, Nr 1, s. 28-39; ciż, *Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część III. Rak piersi, rak tarczycy*, Gin. i Perin. Prakt. 2017, Nr 2, s. 72-84; ciż, *Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część IV. Nowotwory układu pokarmowego, rzadkie nowotwory*, Gin. i Perin. Prakt. 2017, Nr 3, s. 120-138.

Wyznacznikiem minimum wiedzy, umiejętności i kompetencji – jakimi powinien dysponować przedstawiciel danego zawodu medycznego – jest bez wątpienia materia przekazywana w procesie nauczania przeddyplomowego i podyplomowego, której zakres wynika ze standardów kształcenia na poszczególnych kierunkach medycznych oraz programów studiów, staży podyplomowych i specjalizacji[100]. Przy zastrzeżeniu jednak, że z uwagi na stały postęp naukowy efekty rzeczonego procesu kształcenia powinny być poddawane systematycznej aktualizacji[101].

Wątpliwości nie ulega również, że niezależnie od tego, czy czynność medyczna podejmowana jest indywidualnie czy kolektywnie, zastosowanie znajduje pełne spektrum wytycznych wypływających z omawianej zasady[102]. Ustalenie zgodności czynności medycznej z aktualnym stanem wiedzy jest niejako punktem wyjścia w procesie karnoprawnego wartościowania, jednolitym dla wszystkich przypadków wystąpienia negatywnego skutku dla życia lub zdrowia pacjenta, bez względu na to, czy urzeczywistnił się on w ramach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego realizowanego przez pojedynczą osobę, czy też doszło do tego w warunkach współdziałania. O ile jednak w przypadku oceny zgodności indywidualnego zachowania z regułami wymaganej w danych okolicznościach ostrożności – zwłaszcza zachowania podejmowanego w ramach świadczenia zdrowotnego o niskim stopniu złożoności – może okazać się to wystarczające, o tyle w odniesieniu do spraw o wyższym poziomie

[100] Zob. np. w zakresie kształcenia w zawodzie lekarza: Zał. Nr 1 do rozp. MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755); art. 28 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2021 r. poz. 478), zgodnie którym programy studiów na kierunku lekarskim tworzone są przez senaty poszczególnych uczelni wyższych uprawnionych do prowadzenia studiów na tym kierunku; Zał. Nr 1 do rozp.staż.podypl.lek., określający ramowy program stażu podyplomowego lekarza; Zob. też: programy specjalizacji lekarskich, opubl. na oficjaln. str. internet. CMKP, https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/ [dostęp 23.02.2020].

[101] Zob. w zakresie obowiązku kształcenia ustawicznego w zawodach medycznych: art. 18 ust. 1 u.zawod.lek.; art. 61 ust. 1 u.zawod.pielęgn.; art. 12 ust. 1. u.PRM; art. 30 u.diagn.lab.

[102] Zob. szerzej w przedmiocie prawidłowego zastosowania przywołanej zasady, w szczególności zaś w zakresie: po pierwsze klasyfikacji metod postępowania medycznego z punktu widzenia ich spójności z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej i problematyki wyboru metody właściwej dla danego przypadku klinicznego; po drugie sposobu oceny zgodności danej czynności medycznej z aktualnym stanem wiedzy medycznej w aspekcie temporalnym; po trzecie mechanizmów budowania tzw. „modelowego wzorca osobowego", wyznaczającego minimalny poziom wiedzy wymaganej od wykonawcy danego świadczenia zdrowotnego, do którego należy odnosić okoliczności konkretnego zdarzenia w procesie karnoprawnego wartościowania – T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 306-340 i 241-269.

skomplikowania, szczególnie w aspekcie podmiotowym, nie należy na tym poprzestawać.

A mianowicie, po pierwsze – jak już podkreślano – wśród reguł obowiązujących profesjonalistów medycznych, przez pryzmat których wskazane jest ocenienie efektów ich pracy, należy wymienić nie tylko te ściśle związane z wiedzą medyczną, lecz także standardy postępowania właściwe aktywności społecznej omawianego rodzaju, wypływające z dorobku innych dziedzin życia takich jak organizacja ochrony zdrowia, zarządzanie ryzykiem, zasobami ludzkimi lub wiedzą i informacją, ergonomia, prakseologia, psychologia organizacji bądź statystyka.

Po drugie zaś, tym bardziej w okolicznościach zespołowego działania proces dekodowania, jak w konkretnej sytuacji powinna postąpić osoba biorąca udział w udzieleniu świadczenia zdrowotnego – aby jej zachowanie mogło być uznane za zgodne z regułami ostrożnego obchodzenia się z dobrem prawnym – nie kończy się na zidentyfikowaniu ścieżki postępowania właściwej z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej i rozstrzygnięciu, czy inkryminowane zachowanie przebiegło na tej drodze. W ramach działalności profesjonalnej podejmowanej w konstelacjach co najmniej dwuosobowych dochodzi wszak do wykształcania się dodatkowych reguł ostrożności, specyficznych dla pracy zespołowej, szczególnie intensywnie czerpiących z przywołanych obszarów nauki i praktyki.

Wspomniane wcześniej zjawisko wyodrębniania się lub wyłaniania – spośród historycznie podstawowych dziedzin wiedzy – wąskich specjalizacji i pogłębiania się procesu ich wzajemnej izolacji sprawia, że świadczenie usług medycznych odbywa się w coraz bardziej skomplikowanych strukturach organizacyjnych, co z kolei nie tylko wpływa na poszerzenie spektrum możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, lecz także istotnie rzutuje na rozbudowanie katalogu reguł ostrożności, których naruszenie może stanowić podstawę karnoprawnego przypisania negatywnie wartościowanego skutku dla życia lub zdrowia pacjenta, powstałego w toku leczenia. Toteż – będąca naturalną konsekwencją powyższego – współcześnie obserwowana powszechność zjawiska pracy zespołowej, bez wątpienia zachodzącego również w sektorze ochrony zdrowia, musi przekładać się na przebieg procesu karnoprawnego wartościowania w ten oto sposób, iż w okolicznościach wystąpienia „błędu zespołowego”[103] konieczna staje się ocena stanu

[103] Zob. E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 39 – Zdaniem autorki: „O błędzie sztuki lekarskiej w zespołowym działaniu można mówić, gdy nie występuje tożsamość podmiotu wykonującego

faktycznego nie tylko z punktu widzenia wskazań aktualnej wiedzy medycznej, lecz także biorąc pod uwagę dodatkowe zasady postępowania, związane w szczególności z pozycją danego profesjonalisty w zespole medycznym i wynikającymi z niej zadaniami[104]. Przykładowo w przypadku ordynatora oddziału – poza regułami, które nakazują mu właściwie leczyć – należy uwzględniać i te dyktujące, w jaki sposób powinien on skutecznie i efektywnie wypełniać swoje obowiązki jako zwierzchnik danej jednostki organizacyjnej (np. kierować, koordynować, zarządzać, nadzorować, kontrolować, wydawać polecenia służbowe), aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom znajdujących się pod opieką podległego mu zespołu[105]. Dopiero zaś łączne odczytanie obydwu grup zasad – zarówno tych mających źródło w aktualnej wiedzy medycznej, jak i tych wynikających z osiągnięć innych dziedzin nauki (np. prakseologii, teorii organizacji i zarządzania, ergonomii) – pozwala szczegółowo określić, jak w konkretnej sytuacji powinna postąpić osoba uczestnicząca w procesie leczenia, aby jej zachowanie mogło być uznane za zgodne z wymaganą w danych okolicznościach ostrożnością[106].

Stąd też tak istotne jest kompleksowe i wnikliwe rozpoznanie stanu faktycznego, w ramach którego dochodzi do powstania penalizowanego skutku, także i we wskazanej perspektywie, tj. uwzględniające analizę całego spektrum decyzji i postaw rzutujących na sytuację zdrowotną pacjenta, podejmowanych przez współdziałających w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego; i dopiero na tej podstawie: określenie modelu ostrożnego postępowania, detaliczne ustalenie reguł obowiązujących poszczególnych uczestników zdarzenia na ścieżce ku osiągnięciu założonego celu diagnostyczno-terapeutycznego, a następnie rozstrzygnięcie w odniesieniu do każdego z nich, czy dochowano wierności w ten sposób zdekodowanym normom. Inaczej dokonujący oceny naraża się na poddanie jej li tylko wybiórczych ogniw w wieloetapowym postępowaniu medycznym, bez uwzględnienia szerszego kontekstu sytuacyjnego, co w konsekwencji prowadzić może do zafałszowania ostatecznego wyniku tak przeprowadzonego procesu karnoprawnego wartościowania[107]. Dokonanie bowiem

poszczególne czynności lecznicze"; Warto nadmienić, że M. Lipski zwraca ponadto uwagę na dwie przesłanki, a mianowicie „tożsamości pacjenta oraz tożsamości jednostki chorobowej, której dotyczy proces leczenia" – tenże, *Kolizja* …, 2016, s. 107.

[104] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 86; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 385-386.

[105] E. Plebanek, *Glosa do wyroku SN z dnia 3 sierpnia 2006 r., WA 23/06*, LEX/el. 2009.

[106] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 385 i 386.

[107] Może zdarzyć się to w przypadku, gdy ocenie poddane zostanie jedynie postępowanie osób, które wprawdzie miały bezpośredni kontakt z pacjentem, lecz pozostawały niejako obok procesu decyzyjnego,

– w zarysowanym układzie sytuacyjnym – jednostkowych ocen niejako poprzez wyizolowywanie zachowań poszczególnych profesjonalistów medycznych z pewnej całości, jaką jest wspólne wykonywanie obowiązków zawodowych, wiedzie do zniekształcenia obrazu zdarzenia, składającego się *de facto* z mniejszych fragmentów, którymi są wszystkie czyny osób zaangażowanych w dany proces medyczny.

Pożądanemu w omawianym kontekście uadekwatnieniu treści ocen – podejmowanych w procesie karnoprawnego wartościowania zachowań poszczególnych członków zespołu medycznego – służą reguły zespołowego wykonywania działalności leczniczej, wśród których wymienia się zasady: ograniczonego zaufania, należytego nadzoru, kolegialnego podejmowania decyzji oraz prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych[108].

3. Zasada ograniczonego zaufania

3.1. Doniosłość zasady ograniczonego zaufania dla regulacji stosunków zachodzących w zespole

Nie ulega wątpliwości, że „konieczność dzielenia się obowiązkami wymaga oparcia samej czynności podziału pracy na zaufaniu do poszczególnych członków zespołu, zaufaniu, iż swoje obowiązki będą oni wypełniać należycie, tzn.: będą postępować w stosunku do dobra prawnego pozostającego w polu działania zespołu zgodnie z obowiązującymi dla ochrony tego dobra regułami ostrożności”[109]. Podstawowym jednak problemem, który powstaje w omawianym kontekście jest – jak trafnie zauważa A. Zoll – „ustalenie granic zaufania do innych członków zespołu

nie miały decydującego wpływu na losy pacjenta; przy jednoczesnym pozostawieniu poza zakresem rozważań roli osób sprawujących funkcje kierownicze i organizujących warunki, w jakich wcześniej wymienione osoby – tj. jednostki „stojące najbliżej skutku”, aczkolwiek niebędące decydentami – udzielały danego świadczenia; Na problem ten zwraca uwagę: G. Rejman, *Czynność …* [w:] M. Filar (red.), *Prawo …*, 1987, s. 62; J. Pokorski, *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych. Ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk*, Kraków 2008, s. 3-4; tenże, *Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd …*, 2010, s. 207-209; J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia niepożądane i bezpieczeństwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego*, Probl. Pielęgn. 2015, Nr 23, s. 544-546; R. Skowronek, C. Chowaniec, *Odpowiedzialność …*, 2016, s. 123 i 126; Do wskazanego zagadnienia przyjdzie jeszcze powrócić w kontekście omawiania problematyki organizacyjnych uwarunkowań błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

[108] M. Lipski, *Kolizja …*, 2016, s. 113-121; Por. T. Sroka, *Odpowiedzialność …*, 2013, s. 389 oraz 422 i n. – Autor omawia kwestię należytego nadzoru i kolegialnego podejmowania decyzji w ramach rozważań poświęconych zasadom prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz ograniczonego zaufania; Tak też: R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd …*, 2012, s. 114 i n.

[109] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza …*, 1988, s. 87.

jako wyznaczników obiektywnego obowiązku ostrożności”[110]. Za nieodzowną w zakreśleniu tych ram w działalności zespołu medycznego słusznie uchodzi zasada ograniczonego zaufania[111], będąca wyrazem zrównoważonego podejścia do kwestii poziomu zaufania typowo okazywanego sobie w jego ramach[112].

Przyznając słuszność powyższemu podejściu tytułem uzasadnienia dodać można, że już z samej istoty pracy zespołowej wypływa konieczność wypracowania wypośrodkowanego standardu postępowania, mogącego znaleźć zastosowanie w sytuacjach typowych, a zatem – jak można ocenić – w przeważającej części potencjalnych stanów faktycznych, w przeciwieństwie do okoliczności wyjątkowych. Wszak, przyjęty za obowiązujący standard działania, brak zaufania niweczyłby istotę pracy zespołowej, jako że drobiazgowa weryfikacja poczynań innych osób – będąca pokłosiem skrajnie nieufnej postawy – podważałaby sens jej podziału, nie podnosiłaby bowiem jej efektywności, lecz przekreślałaby jej płynność. Przyjęcie z kolei przeciwnego podejścia – zakładającego okazywanie współdziałającym bezwarunkowego zaufania – mogłoby powodować rozbicie jej toku na wyizolowane od siebie zachowania, sprowadzające się do wykonywania własnych obowiązków zawodowych bez powiązania ich z zadaniami innych osób funkcjonujących w systemie. Wiodłoby to w prostej linii do zaprzepaszczenia zdobyczy wynikających z koncepcji pracy wspólnej, w szczególności korzyści płynących ze zjawiska synergii, pozwalającego na zapewnienie

---

[110] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 87.

[111] J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 188 i n.; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 218 i n.; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 88 i n.; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 59 i n.; taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 203 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126 i n.; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 124 i n.; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 41; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 223 i n.; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361 i n.; tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 116 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 425 i n.

[112] Zob. w zakresie przytaczanych w literaturze i orzecznictwie argumentów przemawiających za odrzuceniem skrajnych podejść: K. Buchała, *„Należyta ostrożność” w ruchu pojazdów mechanicznych a granice zaufania do przestrzegania przepisów przez innych użytkowników dróg publicznych*, NP 1959, Nr 11, s. 1304 i n.; A. Bachrach, *Ryzyko i nieostrożność w komunikacji drogowej a oceny prawnokarne*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1965, s. 130, 134-135 oraz 142 i n.; J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 184-188; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 218-220; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 87-88; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 125-126; R. A. Stefański, *Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu i w komunikacji. Rozdział XX i XXI Kodeksu karnego. Komentarz*, Warszawa 2000, s. 250-251; tenże, *Prawo o ruchu drogowym. Komentarz*, Warszawa 2005, s. 119-120; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 360-361; tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 115; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 424-425; Zob. też: wyr. SN z dnia 9 grudnia 1959 r., I K 598/59, LEX Nr 169624; post. SN z dnia 6 czerwca 1962 r., Rw 579/62, OSNKW 1963, Nr 3, poz. 63; wyr. SN z dnia 28 grudnia 1970 r., Rw 1437/70, Legalis Nr 15068; wyr. SN z dnia 29 września 1993 r., III KRN 127/93, LEX Nr 22087; wyr. SN z dnia 25 maja 1995 r., II KRN 52/95, OSNKW 1995, Nr 11-12, poz. 82.

harmonizacji zachowań interpersonalnych w ten sposób, aby w zależności od konkretnych okoliczności wzajemnie się one uzupełniały lub korygowały, tworząc na tej drodze efekt organizacyjny będący czymś więcej niż sumą sprawstw poszczególnych członków zespołu[113].

Nie tracąc z pola widzenia, co jest regułą, co zaś wyjątkiem od niej, warto jednakowoż – poza przybliżeniem zasady ograniczonego zaufania, co skądinąd niejednokrotnie czyniono w literaturze przedmiotu[114] – wyszczególnić sytuacje nietypowe, na gruncie których starcie dwóch przeciwstawnych reguł, składających się na istotę zasady ograniczonego zaufania, zdaje się nie prowadzić do wyboru stanowiska wypośrodkowanego, lecz do przechylenia się szali oceny w kierunku reguł składowych wspomnianej zasady, a dokładniej w stronę jednego z faktorów, których wypadkową stanowi koncepcja ograniczonego zaufania. Jako że wspomniane zagadnienie nie pozostawało jak dotąd przedmiotem szerszych dociekań, za cel niniejszego podrozdziału postawiono sobie tę lukę uzupełnić.

3.2. Treść zasady ograniczonego zaufania w sferze interakcji zachodzących pomiędzy uczestnikami ruchu drogowego

Przywołana formuła – którą można określić również mianem „zasady względnej ufności[115]" lub reguły zaufania limitowanego poziomem społecznie dopuszczalnego ryzyka – zaczerpnięta została, a następnie przeniesiona na grunt spraw medycznych, ze sfery stosunków zachodzących pomiędzy uczestnikami ruchu drogowego, tworzących „swoisty zespół, który ze sobą współpracuje"[116]. Jako że pierwotnie zasada ta wypracowana została w judykaturze, a dopiero z czasem znalazła swoje normatywne

[113] Zob. szerzej w zakresie zjawiska synergii: Z. Uchnast, *Motywacja synergiczna w zarządzaniu* [w:] tenże (red.), *Współdziałanie. Rywalizacja. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania*, Lublin-Nowy Sącz 2008, s. 11-25; Zob. też: tenże (red.), *Synergia w relacjach interpersonalnych i w organizacjach. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania*, Lublin-Nowy Sącz 2009; tenże (red.), *Synergia a dobro wspólne. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania*, Lublin-Nowy Sącz 2012.

[114] J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 188 i n.; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 218 i n.; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 88 i n.; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 59 i n.; taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 203 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126 i n.; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 124 i n.; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 41; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 223 i n.; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361 i n.; tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 116 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 425 i n.

[115] R. A. Stefański, *Przestępstwa* …, 2000, s. 250; tenże, *Prawo* …, 2005, s. 119.

[116] J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 188; Szerzej na ten temat zasady zaufania na gruncie spraw medycznych – w ujęciu historycznym: tamże, s. 184-188.

odzwierciedlenie w przepisach regulujących zasady ruchu na drogach publicznych, w procesie objaśniania jej istoty i zakresu warto w pierwszej kolejności skoncentrować się na wnioskach płynących z analizy orzeczeń Sądu Najwyższego, w szczególności zaś stanowisk wydanych przed ukonstytuowaniem się jej definicji na poziomie ustawowym[117].

Otóż przegląd ich wiedzie do przekonania, że zasada ograniczonego zaufania – we współcześnie przyjmowanym jej kształcie i rozumieniu – wyewoluowała z dwóch skrajnych podejść, a mianowicie koncepcji pełnego zaufania oraz nakazu całkowitej nieufności, jako wypadkowa owych dwóch rozbieżnych kierunków myślenia[118]. W jej treści daje się bowiem zauważyć wpływy obu wspomnianych przeciwstawnych wytycznych odnośnie do poziomu wzajemnej ufności. Toteż warto wyraźnie zakreślić, kiedy nastawienie względem zachowań innych osób powinno być wypośrodkowane, kiedy zaś może, albo wręcz musi, przekształcić się w jedną z dwóch leżących na przeciwstawnych biegunach postaw: zbliżoną do pewności albo tożsamą z brakiem zaufania. Wszak – wyprzedzając nieco dalsze rozważania w tym zakresie – godzi się już na ich wstępie zasygnalizować, że w orzecznictwie sądowym pojawiają się stanowiska świadczące o preferowaniu różnych podejść w zależności od okoliczności konkretnego przypadku. Możliwe jest bowiem zidentyfikowanie w jego ramach zarówno wytycznych nakazujących zaufanie (w różnym natężeniu), jak i tych sprowadzających się do wymogu całkowitej bądź względnej nieufności. A zatem głównym celem przyświecającym analizie koncepcji ograniczonego zaufania zdaje się być wskazanie, co w zarysowanym kontekście jest zasadą, co z kolei wyjątkiem od niej; jak również przybliżenie okoliczności będących przesłanką do odstąpienia od ogólnie przyjętej reguły postępowania.

---

[117] Zob. w zakresie aktualnej regulacji: art. 4 u.P.ruch.drog., zgodnie z którym „uczestnik ruchu i inna osoba znajdująca się na drodze mają prawo liczyć, że inni uczestnicy tego ruchu przestrzegają przepisów ruchu drogowego, chyba że okoliczności wskazują na możliwość odmiennego ich zachowania"; Pierwotnie materię tę regulował art. 3 ustawy z dnia 1 lutego 1983 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Nr 6 poz. 35, akt archiwalny); Należy przy tym podkreślić, że analogiczne unormowanie nie zostało wprowadzone na grunt ustawodawstwa regulującego system ochrony zdrowia.

[118] Zob.: post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139; uchw. SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179; uchw. SN z dnia 28 lutego 1975 r., V KZP 2/74, LEX Nr 18934; wyr. SN z dnia 25 maja 1995 r., II KRN 52/95, OSNKW 1995, Nr 11-12, poz. 82; wyr. SN z dnia 24 stycznia 1997 r., II KKN 133/96, LEX Nr 29516; wyr. SN z dnia 17 czerwca 1999 r., IV KKN 740/98, LEX Nr 39196; wyr. SN z dnia 23 listopada 2001 r., III KKN 103/99, LEX Nr 558325; wyr. SN z dnia 11 marca 2003 r., III KKN 202/01, LEX Nr 77005; wyr. SN z dnia 19 października 2005 r., IV KK 244/05, LEX Nr 183099; post. SN z dnia 5 listopada 2010, III KK 153/10, LEX Nr 686767; post. SN z dnia 6 lutego 2013 r., V KK 264/12, LEX Nr 1293867; Zob. też: W. Kotowski, *Podstawowe zasady bezpieczeństwa w ruchu drogowym. Rys historyczny*, Pal. 2008, Nr 11-12, s. 297-306.

Jak od lat podnosi się w judykatach Sądu Najwyższego, prowadzący pojazd powinien kierować się dyrektywą ograniczonego zaufania do współużytkowników drogi[119]. Można przez to rozumieć, że co do zasady ma on prawo darzyć zaufaniem innych uczestników ruchu, lecz nawet wyjściowo nie może być ono bezgraniczne. Wszakże „żaden kierowca w żadnych warunkach drogowych nie może zakładać, że na swej drodze nie napotka żadnej przeszkody”[120]. Innymi słowy, choć prowadzący pojazd nie ma obowiązku zakładania, iż inne osoby nie przestrzegają przepisów ruchu drogowego, to powinien jednak tego rodzaju sytuację dopuszczać w tym sensie, że musi być przygotowany na zmianę zaufania w jego brak, gdy ich cechy osobiste lub określone zachowanie się albo inna szczególna uzasadniona doświadczeniem życiowym sytuacja każą oczekiwać, że mogą się one nie dostosować do obowiązujących przepisów lub zasad bezpieczeństwa[121]. Toteż jego zaufanie powinno być „o tyle ograniczone, że musi niezwłocznie zmienić się w brak zaufania, gdy tylko pojawi się sygnał wskazujący na konkretną możliwość naruszenia przepisów ruchu przez inną osobę”[122]. Granice społecznie dopuszczalnej ufności w prawidłowe korzystanie z drogi przez innych jej użytkowników sięgają zatem tak daleko, jak daleko z ich postawy – w tym ich właściwości i warunków osobistych – nie wynika możliwość przeciwnej reakcji niż ta, którą dyktują przepisy i zasady bezpieczeństwa ruchu[123].

Istotą zasady ograniczonego zaufania jest więc przede wszystkim prawo do działania w zaufaniu do współuczestników ruchu. Daje ona ku temu podstawę – obecnie również normatywną – przy zastrzeżeniu jednak, że owo zaufanie musi doznać

---

[119] Uchw. SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179; W tym tonie także: post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139; uchw. SN z dnia 28 lutego 1975 r., V KZP 2/74, LEX Nr 18934; wyr. SN z dnia 25 maja 1995 r., II KRN 52/95, OSNKW 1995, Nr 11-12, poz. 82; wyr. SN z dnia 24 stycznia 1997 r., II KKN 133/96, LEX Nr 29516; wyr. SN z dnia 17 czerwca 1999 r., IV KKN 740/98, LEX Nr 39196; wyr. SN z dnia 23 listopada 2001 r., III KKN 103/99, LEX Nr 558325; wyr. SN z dnia 11 marca 2003 r., III KKN 202/01, LEX Nr 77005; wyr. SN z dnia 19 października 2005 r., IV KK 244/05, LEX Nr 183099; post. SN z dnia 5 listopada 2010, III KK 153/10, LEX Nr 686767; post. SN z dnia 6 lutego 2013 r., V KK 264/12, LEX Nr 1293867.

[120] Wyr. SN z dnia 19 grudnia 1994 r., III KRN 185/94, LEX Nr 24415.

[121] Odmiennie cytowane orzeczenie interpretuje: R. A. Stefański, *Prawo* …, 2005, s. 118; tenże, *Glosa do wyroku SN z dnia 19 grudnia 1994 r., III KRN 185/94*, Pal. 1996, Nr 3-4, s. 246 i n. – Autor wywodzi z przytoczonej wypowiedzi zasadę braku zaufania, sprowadzającą się do obowiązku zakładania, niezależnie od konkretnej sytuacji, nieprawidłowego zachowania innych uczestników ruchu. Gdyby zgodzić się z proponowaną przez autora interpretacją przywołanego stanowiska najwyższej instancji sądowej, istotnie należałoby je uznać za chybione. Niemniej można zaproponować również taką wykładnię, która prowadzi do wniosku, że kierowca, choć nie ma powinności zakładać, iż napotka na drodze trudne do przewidzenia przeszkody, to powinien jednak tego rodzaju sytuacje dopuszczać. Przyjęcie jej pozwala z kolei uznać omawiane orzeczenie za korespondujące z zasadą ograniczonego zaufania, nie zaś jego braku.

[122] Post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139.

[123] Wyr. SN z dnia 9 grudnia 1959 r., I K 598/59, LEX Nr 169624.

limitacji, gdy okoliczności sytuacji drogowej wskazują na możliwość innego obrotu sprawy[124]. Jak podnosi się bowiem w orzecznictwie, kierowca tylko tak długo może liczyć na poszanowanie przepisów i zasad bezpieczeństwa ruchu przez inne osoby, dotąd ufać w ich prawidłowe korzystanie z drogi, dopóki okoliczności sprawy nie wskazują na możliwość odmiennego ich zachowania się, w szczególności ich indywidualne cechy lub określone postępowanie albo inna szczególna uzasadniona doświadczeniem życiowym sytuacja nie każą oczekiwać, że mogą się one nie dostosować do obowiązujących norm[125]. Od momentu zaś ich wystąpienia „zaufanie kierowcy przestaje być usprawiedliwione i od tej chwili obowiązuje go brak zaufania", co jest równoznaczne z tym, że „kierowca musi dopuszczać właśnie nieprawidłowe poruszanie się na drodze wspomnianych wyżej osób i od tego założenia nie może odstąpić, dopóki zachowanie się tych osób nie upewni go, iż w dalszym toku wydarzeń nie zostaną z ich strony naruszone zasady ruchu"[126]. Co więcej, na co warto zwrócić uwagę, przywołaną dyrektywę powinnościową należy wdrożyć w życie już na etapie, gdy dana sytuacja drogową choć nie stanowi jeszcze naruszenia porządku, to jednakowoż łączy się z realnym prawdopodobieństwem – lub innymi słowy ryzykiem – zdarzenia komunikacyjnego.

Z kolei „wskazówką, że współuczestnicy ruchu mogą się zachować na drodze w sposób nieprawidłowy jest zwłaszcza jawna i dostrzegalna dla prowadzącego pojazd ich niezdolność przestrzegania przepisów i zasad ruchu", która bezwzględnie „musi być dla kierowcy sygnałem nakazującym szczególną nieufność i ostrożność"[127]. Idąc dalej tym tokiem rozumowania, symptomem tym bardziej skłaniającym ku przyjęciu skrajnie sceptycznego nastawienia powinna być nieprawidłowa, a więc niezgodna z odpowiednimi przepisami lub zasadami bezpieczeństwa, aktywność współużytkowników drogi. Zwłaszcza jej oczywista wadliwość musi być asumptem do zachowania szczególnej ostrożności, obowiązek bowiem jej zachowania „tym bardziej zwiększa się, im wyższy jest stopień nieprawidłowego zachowania się innego

[124] W tym tonie: post. SN z dnia 6 lutego 2013 r., V KK 264/12, LEX Nr 1293867.

[125] Uchw. SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179; Tak też: uchw. SN z dnia 28 lutego 1975 r., V KZP 2/74, LEX Nr 18934; W tym tonie również: post. SN z dnia 6 czerwca 1962 r., Rw 579/62, OSNKW 1963, Nr 3, poz. 63 oraz post. SN z dnia 7 grudnia 1962 r., RwNw 10/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 122 – z tym, że w owych orzeczeniach mowa jest o naruszeniu przepisów lub zasad bezpieczeństwa ruchu jako przesłance utraty zaufania, nie zaś samej możliwości wystąpienia takiego naruszenia, jak to się przyjmuje w późniejszych interpretacjach SN, a następnie w art. 4 u.P.ruch.drog.

[126] Post. SN z dnia 7 grudnia 1962 r., RwNw 10/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 122.

[127] Uchw. SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179.

użytkownika drogi”[128]. Niemniej godzi się przy tym nadmienić, że w ocenie Sądu Najwyższego „są jednak i takie sytuacje, w których kierowca, nawet mimo braku konkretnego sygnału, zawsze powinien zachować nieufność do prawidłowości poruszania się innych osób ze względu na to, że nieprawidłowości te praktycznie występują tak często, iż stają się niemal regułą”[129], zaś – jak można dodać – wysoce prawdopodobne urzeczywistnienie się ich, wypada uznać za fakt notoryjnie znany.

Reasumując, choć wedle omawianej dyrektywy postępowania zaufanie jawi się jako zasada, wyjątkiem jest zaś nieufność, uwadze prowadzącego pojazd nie powinno ujść, że w ruchu drogowym niejednokrotnie zachodzą szczególnego rodzaju okoliczności – w tym uwarunkowane włączeniem się do niego osób o cechach jawnie świadczących o ich pierwotnej niezdolności do prawidłowego zachowania się – które zgodnie z doświadczeniem życiowym uzasadniają, a wręcz wymuszają, brak zaufania; niekiedy nawet wyjściowy.

Przechodząc od przeglądu dorobku judykatury do rozważań na gruncie doktrynalnym, warto rozpocząć od przedstawienia stanowiska R. A. Stefańskiego, który – na podstawie analizy art. 4 u.P.ruch.drog. oraz orzecznictwa Sądu Najwyższego – przeprowadza szczegółową gradację stanu zaufania. W ocenie autora, przekonanie o prawidłowości działań innych osób może przybierać różne postaci, „poczynając od pełnego zaufania, a kończąc na jego braku, czyli jego negacji”[130]. W zależności zaś od stopnia zaufania można w tym aspekcie wyróżnić: bezwzględne zaufanie, ograniczone zaufanie (względną ufność), ograniczoną nieufność (względną nieufność) oraz bezwzględną nieufność, gdzie: zasada bezwzględnego zaufania oznacza, że zawsze należy przyjmować, niezależnie od konkretnej sytuacji, nienaganne zachowanie innych osób; zasada ograniczonego zaufania zakłada, że każdy ma prawo liczyć, iż inni uczestnicy życia społecznego postępują prawidłowo, chyba że zachodzą okoliczności nakazujące zmienić dotychczasowe zaufanie w nieufność; zasada ograniczonej nieufności wskazuje, że nie należy przejawiać zaufania do innych osób dopóty, dopóki ich zachowanie nie da podstaw do oceny, że będą przestrzegać one ustalonych norm; zaś zasada bezwzględnej nieufności wymusza założenie z góry niewłaściwego

[128] Wyr. SN z dnia 8 listopada 1974 r., Rw 524/74, OSNKW 1975, nr 1, poz. 17.

[129] Post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139.

[130] R. A. Stefański, *Przestępstwa* …, 2000, s. 248; tenże, *Prawo* …, 2005, s. 117.

postępowania współdziałających[131]. Przy czym – jak trafnie zauważa przywołany autor – o ile formuła ograniczonego zaufania nakazuje wychodzić z pozycji przekonania o poszanowaniu przez inne osoby obowiązujących norm, o tyle koncepcja ograniczonej nieufności zakłada jako regułę, że współdziałający nie zastosują się do nich[132]. A zatem w odniesieniu do pierwszej z nich szczególnymi okolicznościami modyfikującymi wymagany poziom zaufania są te, które wskazują na możliwość nieprzestrzegania obowiązujących zasad. Stanowią one mianowicie przesłankę do utraty zaufania. W przypadku drugiej zaś – odwrotnie, tj. ograniczona nieufność może ewoluować w przeświadczenie o prawidłowości działań pozostałych uczestników życia społecznego wtedy tylko, gdy zachodzą wyraźne podstawy do oceny, że współdziałający z wysokim prawdopodobieństwem dochowają wymaganych reguł. Wówczas ów szczególny układ sytuacyjny pozwala na obdarzenie zaufaniem innych osób poprzez zwiększenie go do poziomu ograniczonego zaufania. Innymi słowy, stwarza on warunki do przyjęcia założenia, że co do zasady współdziałający postąpią właściwie.

3.3. Zastosowanie zasady ograniczonego zaufania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych

3.3.1. Możliwości transpozycji zasady ograniczonego zaufania na grunt spraw medycznych

Podejmując próbę transponowania wniosków płynących z wykładni zasady ograniczonego zaufania w ruchu drogowym na grunt spraw medycznych, należy na wstępie zaznaczyć, że choć zasada ta nie znalazła dotąd odzwierciedlenia w ustawodawstwie regulującym system ochrony zdrowia, to jednak można wywodzić ją z ogólnej dyrektywy ostrożnego postępowania z dobrem prawnym. W ramach należytej ostrożności mieści się bowiem obowiązek brania pod uwagę tego, że inni uczestnicy życia społecznego w określonym – wymagającym współpracy – obszarze działalności mogą nie zachować się w sposób zapewniający właściwą ochronę danego dobra[133].

[131] R. A. Stefański, *Przestępstwa* …, 2000, s. 248-250; tenże, *Prawo* …, 2005, s. 117-121; W tym tonie we wcześniejszej literaturze: A. Bachrach, *Ryzyko* …, 1965, s. 142 i n.

[132] R. A. Stefański, *Przestępstwa* …, 2000, s. 250; tenże, *Prawo* …, 2005, s. 119; Odmiennie: K. Buchała, *„Należyta ostrożność”* …, 1959, s. 1310; oraz wyr. SN z dnia 9 grudnia 1959 r., I K 598/59, LEX Nr 169624; Zob. też krytyczną glosę R. A. Stefańskiego do przywołanego orzeczenia: tenże, *Glosa* …, 1996, s. 246 i n.

[133] K. Buchała, *„Należyta ostrożność”* …, 1959, s. 1308-1309; Tak też: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 422-423; oraz wyr. SN z dnia 9 grudnia 1959 r., I K 598/59, LEX Nr 169624; Odmiennie: R. A. Stefański, *Glosa* …, 1996, s. 246-251; tenże, *Przestępstwa* …, 2000, s. 248-249; tenże, *Prawo* …,

Wszak tylko takie założenie pozwala na zabezpieczenie dóbr prawnych przed ryzykiem większym niż społecznie dopuszczalne, akceptowalne, w warunkach współdziałania przy podejmowaniu zachowań, które mogą ingerować w bezpieczeństwo owych dóbr. Jako że ogół podmiotów uczestniczących w obrocie społecznym tworzą jednostki o zróżnicowanych możliwościach zagwarantowania nienaruszalności tych dóbr, w zależności od okoliczności konkretnego przypadku – w szczególności zaś właściwości i warunków osobistych współdziałających w kontakcie z określonym dobrem – zaufanie to powinno mieć różny zakres.

Warto w tym kontekście zauważyć – jeszcze przed przejściem do szczegółowej analizy – że w literaturze przedmiotu za główne kryterium różnicowania zakresu zaufania okazywanego współleżącym uchodzi kwestia rodzaju struktur, w jakich dane świadczenie zdrowotne jest udzielane; przy czym ich podział przeprowadza się na układy poziome (horyzontalne) i pionowe (wertykalne)[134]. W niniejszym studium prezentowane jest jednak nieco inne podejście, koncentrujące się raczej na właściwościach i warunkach osobistych jednostek wchodzących w skład zespołu medycznego, niż na rodzaju struktur, w których przychodzi im współdziałać; po pierwsze – z uwagi na fakt, iż struktury te (poziome i pionowe) zdają się kształtować jako pochodne posiadanych przez członków danej zbiorowości właściwościach i warunkach osobistych; po drugie – przez wzgląd na to, że rzeczone struktury mają charakter niejako umowny, pewnej konwencji (konstrukcji) nazewniczej przyjmowanej na potrzeby ich generalnego (szkicowego) sklasyfikowania, a przy tym też płynny, zwłaszcza jeśli chodzi o te wyłaniające się w sposób nieformalny; po trzecie zaś – mając świadomość mnogości możliwych modeli teoretycznych, z użyciem których mogą być współcześnie budowane systemy organizacyjne podmiotów leczniczych[135]. Stąd – wziąwszy pod uwagę powyższe – można nie bez racji podnieść, że sprowadzanie sygnalizowanego problemu do prostego

2005, s. 118-119; W. Kotowski, *Ustawa Prawo o ruchu drogowym. Komentarz praktyczny*, Warszawa 2002, s. 167 – Zdaniem autora: „Zaufanie do innego uczestnika ruchu powinno być pełne do momentu zauważenia symptomów wskazujących na możliwość naruszenia przepisów i zasad bezpieczeństwa ruchu drogowego".

[134] Por. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 41; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 429-435.

[135] Zob. np. M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa 2015, s. 37-41 – w której to publikacji, poza rozróżnieniem na „strukturę smukłą" i „strukturę płaską" eksponuje się takie typy struktur organizacyjnych jak „funkcjonalne", „procesowo-zadaniowe", „macierzowe" i „sieciowe"; Do problematyki rodzajów struktur współdziałania przyjdzie jeszcze powrócić w kontekście omawiania zasady należytego nadzoru, na gruncie której szczególnie wyraźnie uwidaczniają się wskazane niuanse.

odwołania się do charakteru zachodzących w danej grupie struktur, poziomych bądź pionowych, nie pozwala na pogłębioną analizę rozmaitych możliwych wariantów sytuacyjnych, determinujących wskazany w danych okolicznościach poziom wzajemnego zaufania.

Wypada zwrócić bowiem uwagę na fakt, iż kształt granic właściwego konkretnym przypadkom zaufania zdaje się być wypadkową szeregu – innych niż swoistość struktur zachodzących w ocenianej społeczności – czynników, z których zaistnieniem i natężeniem skorelowana jest wymagana albo dozwolona w danych uwarunkowaniach postawa wobec współpracowników. Wśród nich można wymienić czynniki pochodzące z trzech obszarów ryzyka, tj. po pierwsze – właściwości i warunków osobistych; po drugie – specyfiki działalności społecznej; po trzecie – kategorii dóbr prawnie chronionych, do kontaktu z którymi dochodzi podczas wykonywania konkretnego rodzaju aktywności z udziałem osób o określonych cechach. Ponadto – aby uzyskać precyzyjny rezultat oceny – implikacje wspomnianych uwarunkowań należy rozważyć w dwóch płaszczyznach, a mianowicie obiektywnej oraz konkretnego przypadku. Dlatego też wyznaczając właściwy w danych okolicznościach poziom zaufania okazywanego współleczącemu należy uprzednio rozważyć: po pierwsze – cechy podmiotu rzutujące na prawdopodobieństwo spowodowania penalizowanego skutku albo na możliwość zidentyfikowania przezeń nieprawidłowości w zachowaniu innych osób, biorąc pod uwagę zarówno typowe właściwości i warunki osobiste (np. zasób wiedzy posiadany przez modelowego wykwalifikowanego profesjonalistę albo adepta danego zawodu medycznego na określonym etapie szkolenia), jak i jego indywidualne możliwości i uzdolnienia; po drugie – naturę działalności leczniczej, która typowo wiąże się z podwyższonym ryzykiem, choć w konkretnym przypadku (np. badania fizykalnego) może się nim nie cechować; po trzecie – fakt obcowania w procesie leczenia z najcenniejszymi dobrami prawnymi, z uwzględnieniem jednak stopnia wpływu określonej osoby na życie i zdrowie pacjenta w kontekście danego zdarzenia[136].

Przedstawiwszy problemy natury ogólnej, zasadnym staje się przejście do rozważań szczegółowych sprowadzających się do objaśnienia, w jakich okolicznościach dopuszczalne jest okazywanie zaufania i w jakim natężeniu, w których

[136] Odmiennie: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 429 – Zdaniem autora „zakres zaufania pomiędzy osobami ze sobą współdziałającymi zależny jest z jednej strony od poziomu poszanowania reguł postępowania w danym aspekcie życia społecznego, z drugiej od struktury relacji istniejących między osobami współdziałającymi".

zaś z nich – nakazane jest przyjęcie sceptycznego nastawienia. Warto bowiem raz jeszcze podkreślić, że choć zasada ograniczonego zaufania nakazuje wychodzić z pozycji zaufania do innych członków zespołu, nie oznacza to jednakowoż, że niedopuszczalnym jest przyjęcie postawy względnej nieufności lub braku zaufania, nawet wyjściowo. Wręcz przeciwnie, jak można sądzić, ograniczenie zaufania do minimum w określonych sytuacjach – a nawet całkowicie nieufne podejście do konkretnie sprecyzowanej grupy osób – jest jak najbardziej wskazane i pożądane.

3.3.2. Zaufanie w sytuacjach typowych

Przyjęcie postawy zaufania do innych członków grupy wydaje się być dopuszczalne jedynie w przypadkach typowych, tj. takich, w których nie zachodzą żadne szczególne okoliczności, czynniki mogące z realnym prawdopodobieństwem modyfikować tok zdarzeń, każące sądzić, że sytuacja jest wyjątkowa bądź może mieć nietypowy przebieg, niekorzystny z punktu widzenia skutecznej ochrony danego dobra. Tylko w takich stanach faktycznych przyjęcie zaufania jako reguły postępowania jest uzasadnione i może być uznane za prezentowanie postawy należycie ostrożnej. Tego rodzaju ufne podejście można ocenić jako prawidłowe przykładowo w ramach zespołu złożonego ze specjalistów w odpowiednich dziedzinach, legitymujących się wymaganymi w danej sytuacji kwalifikacjami – zarówno formalnymi, czyli potwierdzonymi stosownymi dokumentami, jak i faktycznymi, wynikającymi w szczególności z doświadczenia w wykonywaniu przedsiębranych wspólnie czynności – przy założeniu jednak, że ich aktywności nie towarzyszą nietypowe uwarunkowania, takie jak: nietrzeźwość; skrajne przemęczenie; oznaki choroby uniemożliwiającej efektywną realizację obowiązków zawodowych; jawny i wyraźny konflikt między członkami grupy, mogący znacząco rzutować na przebieg zdarzenia; albo inne przejawy zachowań wzbudzających istotne wątpliwości co do zdolności danej jednostki do wykonywania powierzonych jej zadań. Innymi słowy, kierowanie się zaufaniem do współdziałających może być uznane za rozważne, roztropne, rozsądne w sytuacji podjęcia się realizacji czynności medycznej przez zespół osób o zbliżonym poziomie przygotowania zawodowego, niezależnie od dziedziny reprezentowanej przez poszczególnych profesjonalistów, w przypadku których brak jest podstaw, aby przypuszczać, że dyplomy potwierdzające ich wiedzę, umiejętności i kompetencje wydane są wadliwie albo pozostają nieaktualne; a ponadto dotychczasowy przebieg

ich pracy – w szczególności zaś wcześniejsza pomyślna współpraca z nimi przy wykonywaniu zabiegów określonego typu – przemawia za tym, że dają one rękojmię dalszego należytego wywiązywania się ze swoich obowiązków; zwłaszcza w sytuacji podjęcia się, przez w ten sposób skompletowany zespół, realizacji czynności, w odniesieniu do której możliwe jest uprzednie uzgodnienie jej przebiegu ze wszystkimi osobami w niej partycypującymi oraz ocenienie ich bieżących psychofizycznych predyspozycji do wspólnej pracy. Warto przy tym doprecyzować, że na gruncie niniejszego studium przyjmuje się, iż przy założeniu, że każdy ze współleczących pracuje według posiadanych uprawnień zawodowych, co do zasady za w równie wykwalifikowanych należy uznawać wszystkich pracowników medycznych posiadających pełne prawo wykonywania zawodu, niezależnie czy wykazują aktywność w profesji lekarza, czy też pielęgniarki, położnej lub fizjoterapeuty; w takich wszak relacjach stosunek podporządkowania determinujący ograniczenia zaufania, zdaje się nie zachodzić, przynajmniej nie z samego faktu wykonywania takiego a nie innego zawodu[137].

Przy spełnieniu wskazanych warunków poziom wzajemnie okazywanego zaufania może być relatywnie wysoki. Niemniej – zgodnie z tym, co już sygnalizowano – w szczególnych okolicznościach typowy poziom zaufania może ewoluować w dwóch odmiennych kierunkach, a mianowicie w pełne lub graniczące z pewnością zaufanie albo w całkowity lub częściowy jego brak.

3.3.3. Całkowite zaufanie

Rozpoczynając od omówienia problemu dopuszczalności przejawiania w zespole medycznym pełnego zaufania, godzi się zauważyć, że – jak się wydaje – sytuacje, w których tego rodzaju postawę wypada uznać za usprawiedliwioną, należą do zupełnie wyjątkowych. Wprawdzie w praktyce medycznej może zdarzyć się, że niezachwiana wiara w możliwości innej osoby podyktowana jest faktem cieszenia się przez nią szczególnym autorytetem z racji swego powszechnie uznanego poziomu naukowego, wysokiego stopnia profesjonalizmu bądź wiedzy, umiejętności i kompetencji

[137] Zob. szerzej na temat samodzielności innych niż lekarz (lekarz dentysta) zawodów medycznych: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 298-338 oraz 363 i n.; taż, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, Warszawa 2013, s. 102-113 oraz 362 i n.; D. Karkowska, T. A. Karkowski, *Zatrudnianie w podmiotach leczniczych*, Warszawa 2017, s. 128 i n.; Do problemu przyjdzie jeszcze powrócić w niniejszym studium w ramach szczegółowych rozważań temu poświęconych, przedstawionych w kontekście omawiania zasady należytego nadzoru.

potwierdzonych bogatym dorobkiem naukowym i zawodowym lub długoletnim stażem pracy. Przeświadczenie o istnieniu podstaw do obdarzenia wskazanej osoby pełnym zaufaniem może zachodzić zwłaszcza w świadomości pracownika medycznego, którego przygotowanie zawodowe pozostaje w znacznej dysproporcji wobec kwalifikacji osoby, z którą przychodzi mu współdziałać. Szczególnie jaskrawym przykładem w tym względzie jest relacja szkolącego się w danym zawodzie i jego opiekuna praktyk lub stażu albo kierownika specjalizacji. Wszak z uwagi na swe niewystarczające wykształcenie i doświadczenie uczeń niejako musi polegać na autorytecie swego nauczyciela.

Jak należy jednak ocenić, w przypadku współpracy z osobą o uznanych kwalifikacjach zaufanie do niej może być wprost proporcjonalne do wysokości owych kwalifikacji – a zatem daleko większe niż w stosunku do członków zespołu ich nieposiadających – nigdy jednak bezgraniczne. Ze względów czysto pragmatycznych, z punktu widzenia prakseologicznego, chociażby z uwagi na ograniczone możliwości kognitywne człowieka – nawet tego o ponadprzeciętnych uzdolnieniach – wskazanym wydaje się, aby przedstawicielom środowiska medycznego zawsze towarzyszyła pewna doza nieufności[138]; zwłaszcza że ich działalność naturalnie wiąże się z podwyższonym ryzykiem dla najcenniejszych dóbr prawnie chronionych. Nawet więc w tych szczególnych okolicznościach – znamiennych czynnikiem udziału w zespole osoby o wysokim statusie zawodowym – względy ostrożności dyktują, by przejawiane wobec niej zaufanie nie miało charakteru pełnego, lecz było choćby na tyle ograniczone, ażeby pozwalało na zafunkcjonowanie w świadomości współdziałających pewnej dozy krytycyzmu, umożliwiającej odpowiednią reakcję w przypadku zaktualizowania się niepokojących przesłanek, świadczących o niebezpieczeństwie dla życia i zdrowia pacjenta. Bowiem, mimo że prawdopodobieństwo wadliwego zachowania się rzeczonej osoby może pozostawać znikome, okazywanie jej bezgranicznego zaufania prowadziłoby do osłabienia czujności, która stale winna towarzyszyć pracownikom medycznym, z uwagi na wspomniany już fakt podejmowania przez nich aktywności społecznej o podwyższonym ryzyku dla najcenniejszych dóbr prawnych. Byłoby to także niekompatybilne z prawdopodobieństwem nieomylnego działania, które – nawet

[138] Szerzej na temat zjawiska błędu w kontekście zdolności poznawczych człowieka: M. Fąfrowicz, T. Marek, *Błąd – perspektywa neurokognitywistyczna* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 43-52.

przy zachowaniu najwyższej „oględności, uwagi, staranności i pieczołowitości”[139] – nigdy nie jest stuprocentowe, biorąc zwłaszcza pod uwagę psychofizyczne ograniczenia jednostki ludzkiej lub chociażby możliwość wystąpienia zdarzeń losowych.

Z kolei obdarzenie wskazanej osoby zaufaniem większym niż przeciętne może być uznane za rozsądne, lecz – zgodnie z omawianą zasadą – tylko do momentu, gdy z zachowania tejże osoby lub okoliczności towarzyszących podejmowanej przez nią czynności nie wynika coś wręcz przeciwnego[140]. Istotą zasady ograniczonego zaufania jest bowiem to, że ma ona „walor generalny” i powinna być stosowana „we wszystkich sytuacjach, w których zachowanie człowieka zależne jest od zachowań innych osób”[141]; włączywszy w to współpracę z osobą o wyróżniającym się poziomie przygotowania zawodowego. A przy tym – co trzeba wyraźnie podkreślić – z gruntu niedopuszczalną jest w omawianych okolicznościach obrona, iż rzeczona osoba dopuściła się naruszenia wymaganej ostrożności; fakt ten nie zwalnia wszak jej współpracowników, nawet tych o niższych kwalifikacjach, ze stosowania dyrektyw ostrożnościowych płynących z zasady ograniczonego zaufania[142].

Odrębną kwestią jest obiektywna możliwość zweryfikowania czy czynności podejmowane przez osobę o szczególnych bądź ewidentnie wyższych kwalifikacjach przebiegają prawidłowo. Do problematyki tej przyjdzie jeszcze powrócić w kontekście omawiania zasady należytego nadzoru. Godzi się jednakowoż nadmienić w tym miejscu, że w kontakcie ze wspomnianą osobą nie tylko poziom okazywanego jej zaufania, lecz również próg stopnia wadliwości jej działań, który powinien skłaniać do utraty owego zaufania, może być wyższy[143]. Niemniej w przypadku podstawowych lub rażących błędów, bezkrytyczne podejście nie może być usprawiedliwione, choćby

---

[139] Wyr. SN z dnia 16 maja 1953 r., I K 77/53, OSNCK 1953, Nr 4, poz. 55.

[140] W tym tonie: J. Kochanowski, *Glosa do wyroku SN z dnia 19 maja 1976 r., I KR 64/76*, OSPiKA 1977, Nr 3, poz. 59, s. 142.

[141] J. Kochanowski, *Glosa* …, 1977, poz. 59, s. 142; Odmiennie: E. Zielińska, *Glosa do wyroku SN z dnia 19 maja 1976 r., I KR 64/76*, OSPiKA 1977, Nr 5, poz. 89, s. 212-214; R. A. Stefański, *Przestępstwa* …, 2000, s. 270-271; tenże, *Prawo* …, 2005, s. 133-134; W. Kotowski, *Ustawa* …, 2002, s. 172.

[142] Zob. wyr. SN z dnia 29 kwietnia 1959 r., I K 94/59, LEX Nr 169086 – Zgodnie z uzasadnieniem do przywołanego orzeczenia: „Nie może być skuteczna ochrona oskarżonego, iż rowerzysta jechał nieprawidłowo i tarasował drogę. Tym bardziej kierowca powinien był zachować wobec jadącego przed nim chłopca szczególną ostrożność. Odnosi się to w ogóle do osób jadących na rowerach po jezdni (zwłaszcza dzieci), a często i przechodniów, naruszających przepisy drogowe”; Zob. też: wyr. SN z dnia 3 maja 1961 r., I K 92/61, OSNCK 1961, Nr 4, poz. 56 – Jak podkreśla się w jego ramach: „nawet jaskrawe naruszenie porządku drogowego przez jakiegokolwiek użytkownika drogi nie zwalnia innego użytkownika drogi od obowiązku zachowania najdalej idących środków ostrożności dla uniknięcia katastrofy”.

[143] J. Kochanowski, *Glosa* …, 1977, s. 142.

były one dziełem osoby, względem której pracownik medyczny pozostaje w stosunku podporządkowania[144]. Trafnie zauważa bowiem R. Kubiak, że zasada ograniczonego zaufania ma „działanie dwukierunkowe”[145], co oznacza, że powinność ograniczenia zaufania w reakcji na nieprawidłowe postępowanie innych członków zespołu ciąży również na osobie znajdującej się w pozycji podporządkowanej względem współpracownika będącego autorem zachowania obarczonego błędem, niezależnie od tego, czy podległość ta ma charakter faktyczny (np. wynikający ze wspomnianej dysproporcji kwalifikacji), czy formalny (np. służbowy).

3.3.4. Utrata zaufania

Za bardziej prawdopodobne w praktyce medycznej – niż sytuacje uzasadniające zaufanie pełne lub graniczące z pewnością – wypada uznać wystąpienie okoliczności przemawiających za ograniczeniem go do poziomu niższego niż typowy. Możliwe jest bowiem wyróżnienie aż trzech kategorii tego rodzaju sytuacji, a mianowicie takich, w których wskazane jest: po pierwsze – utracenie zaufania, po drugie – pozostawanie w stanie względnej nieufności, a po trzecie – wyjściowe przyjęcie nieufnej postawy.

Celem przybliżenia pierwszej z nich warto powrócić do przykładu przywołanego w kontekście omawiania poziomu zaufania charakterystycznego dla typowych stanów

---

[144] Warto zwrócić uwagę, że kwestię stopnia, w jakim pracownik medyczny powinien ufać osobom, względem których pozostaje w stosunku podporządkowania, można w pewien sposób odnieść i potraktować podobnie, jak problem zaufania okazywanego kierującym ruchem. Godzi się jednakowoż zaznaczyć, że w obszarze tym prezentowane w literaturze stanowiska są podzielone. Zdaniem J. Kochanowskiego „w stosunku do osób, które spełniają funkcje z zakresu ochrony bezpieczeństwa i porządku ruchu, kierujący ma prawo do daleko większego zaufania niż w stosunku do użytkownika drogi”; „zaufanie do służby ruchu powinno być pełne, ale tylko do momentu, w którym z zachowania osoby dającej sygnał lub innych okoliczności nie wynika wręcz coś przeciwnego, a mianowicie nieprawidłowość dawanego sygnału lub polecenia”; bowiem „zasada ograniczonego zaufania ma walor generalny i powinna być stosowana nie tylko w stosunkach użytkowników drogi do innych użytkowników, ale we wszystkich sytuacjach, w których zachowanie człowieka zależne jest od zachowań innych osób” – Zob. tenże, *Glosa* …, 1977, s. 142; Odmiennie: E. Zielińska, *Glosa* …, 1977, s. 212-214 – Autorka przytacza szereg argumentów przemawiających za „potrzebą pełnego zaufania do osób kierujących ruchem”; W tym tonie także: W. Kotowski, *Ustawa* …, 2002, s. 172 – Zdaniem autora: „Nie ma podstaw do stosowania zasady ograniczonego zaufania do znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń zabezpieczających (…). Również należy mieć pełne zaufanie do stanu nawierzchni drogi, słusznie zakładając, iż wszelkiego rodzaju usterki będą właściwie i czytelnie oznakowane (…). Omawiana zasada nie ma również zastosowania wobec osób wykonujących na drodze określone czynności służbowe (np. kierujących ruchem policjantów)”; Krytycznie także: R. A. Stefański, *Przestępstwa* …, 2000, s. 270-271; tenże, *Prawo* …, 2005, s. 133-134 – W ocenie autora, zaakceptowanie poglądu prezentowanego przez J. Kochanowskiego nie jest możliwe ze względu na szacunek do wyraźnego brzmienia art. 4 u.P.ruch.drog., zgodnie z którym zasada ograniczonego określa obiektywne granice ostrożności wymaganej od współuczestników ruchu.

[145] R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 362; tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 117; W tym tonie także: G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 64; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 41; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 438.

faktycznych – a mianowicie przypadku zespołu medycznego złożonego ze specjalistów posiadających porównywalne kwalifikacje – jako że może być on punktem wyjścia do dalszych rozważań, tym razem wiodących w kierunku ekspozycji uwarunkowań determinujących przyjęcie postawy nieufności. Wszak nawet w pełni prawidłowy przebieg procedury medycznej może, pod wpływem niekorzystnych czynników, przerodzić się w zajście wymuszające utratę zaufania, choćby początkowo istniały podstawy ku przejawianiu go w stopniu wyższym niż typowy. Właśnie tego rodzaju okoliczności stanowią modelowe tło dla zaprezentowania faktorów aktualizujących obowiązek zmiany zaufania w jego brak. Chodzi mianowicie o sytuacje urzeczywistnienia się – w toku danej czynności medycznej – przesłanek, które można określić mianem dynamicznych, a zatem podyktowanych nieoczekiwanym rozwojem zdarzeń; rozwojem z pozycji stanu bezpieczeństwa dla dobra prawnego, bądź ewentualnie społecznie dopuszczalnego ryzyka jego naruszenia, w kierunku wzrostu zagrożenia tego rodzaju obrotem sprawy ponad powszechnie akceptowalne.

Tytułem egzemplifikacji nakreślonych uwarunkowań można podać: popełnienie błędu przez innego członka zespołu lub wykazanie się przezeń niekompetencją; wystąpienie u niego zmęczenia lub innego stanu psychicznego bądź somatycznego uniemożliwiającego dalsze efektywne podejmowanie decyzji i wdrażanie ich w życie; zaistnienie trudnych do przezwyciężenia problemów w komunikacji z daną osobą lub porozumieniu się z nią; dostrzeżenie wadliwości sposobu koordynacji pracy zespołu lub kierowania nim; ujawnienie niesubordynacji współdziałającego, w tym polegającej na przekroczeniu uprawnień lub niedopełnieniu obowiązków zawodowych bądź niereagowaniu na dawane mu ostrzeżenia lub udzielane mu pouczenia i upomnienia; albo też zidentyfikowanie innych okoliczności, niewykrytych przed przystąpieniem do realizacji procedury medycznej, które dyskwalifikują, choćby czasowo, członka grupy z uwagi na jego niezdolność do właściwego wywiązania się z powierzonych mu obowiązków.

Jak już sygnalizowano, w momencie urzeczywistnienia się owych szczególnych okoliczności o zabarwieniu negatywnym występujące dotąd zaufanie przestaje być usprawiedliwione i od tej chwili obowiązuje jego brak[146]. Należy jednak przy tym zaznaczyć, że powinność utraty zaufania aktualizuje się nie wtedy dopiero,

[146] Post. SN z dnia 7 grudnia 1962 r., RwNw 10/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 122.

gdy symptomy ku temu skłaniające dostrzegane są przez innych członków zespołu, lecz już w momencie, kiedy są one obiektywnie przez nich dostrzegalne[147]. Stąd z jednej strony brak jest podstaw do uczynienia zarzutu z nieprzyjęcia nieufnej postawy wówczas, gdy danej nieprawidłowości nie sposób przewidzieć. Wymaganie bowiem od personelu medycznego przewidywania nawet najbardziej irracjonalnych zachowań swoich współpracowników, prowadziłoby do sparaliżowania procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, nie wspominając o tym, że stanowiłoby to jawne naruszenie zasady wyrażonej premią *Impossibilium nulla obligatio est* (*Ad impossibilia nemo obligatur*). Z drugiej zaś strony – fakt niezauważenia w porę niepokojących sygnałów, obiektywnie możliwych do zidentyfikowania, nie zwalnia z wymogu przyjęcia postawy nieufności. Nieprzyjęcie jej zatem w takich okolicznościach należy uznać za wykazanie się nienależytą ostrożnością. W przypadku natomiast prawidłowego wychwycenia alarmujących oznak, dalsza reakcja współdziałających może podążyć

[147] Nie można w tym kontekście zgodzić się ze stanowiskiem prezentowanym przez T. Srokę; Zob. tenże, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 423-438 – Analiza zasady ograniczonego zaufania na gruncie spraw medycznych wiedzie bowiem autora do wniosku, że „w procesie leczenia pacjenta istnieje co do zasady wysoki stopień zaufania do postępowania osób współdziałających, co powodowałoby, że dopiero jawne i jaskrawe naruszenie reguł postępowania przez członka zespołu aktualizowałoby konieczność ograniczenia zaufania w stosunku do jego działań" (tamże, s. 428). W innym fragmencie opracowania autor zdaje się potwierdzać swój pogląd w słowach: „ograniczenie zaufania winno nastąpić jedynie w sytuacjach wskazujących na jaskrawe naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym" (tamże, s. 429). Wprawdzie autor zastrzega, co następuje: „Ustanowiony wyjściowo wysoki stopień zaufania do osób współdziałających ulega jednak modyfikacji z uwagi na istniejącą pomiędzy osobami współpracującymi w ramach zespołu strukturę wzajemnych relacji. O ile bowiem istnienie struktury poziomej współdziałania nie wpłynie *de facto* na modyfikację treści powyższej zasady, o tyle występowanie struktury pionowej będzie prowadzić do sytuacji, w której osoba znajdująca się w pozycji nadrzędnej winna obdarzać mniejszym poziomem zaufania osobę znajdującą się w pozycji podrzędnej. W tej sytuacji obowiązek przewidywania możliwości naruszenia reguł postępowania przez osobę współdziałającą nie będzie ograniczony jedynie do przypadków jaskrawego naruszenia zasad ostrożności, ale także do tych przypadków, w których zachowanie osoby współdziałającej ujawniało cechy jakiejkolwiek nieprawidłowości z punktu widzenia reguł postępowania z dobrem prawnym" (tamże, s. 429). Niemniej nawet przy poczynionym przez autora zastrzeżeniu, jego podejście zdaje się stać w sprzeczności z wytycznymi płynącymi z orzecznictwa sądowego oraz normatywnym brzmieniem zasady na gruncie komunikacji, zgodnie z którym już realna, obiektywnie przewidywalna możliwość naruszenia przyjętych w danej dziedzinie reguł, powinna skłaniać do zaniechania zaufania. Tym samym, podmiot obowiązany daną sytuacją do zastosowania ograniczonego zaufania, w tym kierowca lub członek zespołu medycznego, nie może zwlekać z przyjęciem nieufnej postawy do momentu aż konkretne niebezpieczeństwo nieprawidłowego zachowania się określonych osób urzeczywistni się w postaci naruszenia przez nie reguł ostrożności, a tym bardziej do czasu, gdy postępowanie ich stanie się rażąco wadliwym; Zob. art. 4 u.P.ruch.drog. – w którym to wskazywaną okolicznościami możliwość nieprawidłowego zachowania się wyznaczono jako granicę pomiędzy zaufaniem a jego utratą; Zob. też – na poparcie stanowiska krytycznego wobec poglądu T. Sroki: post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139; uchw. SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179; uchw. SN z dnia 28 lutego 1975 r., V KZP 2/74, LEX Nr 18934; Za nieaktualne w tym kontekście należy uznać: post. SN z dnia 6 czerwca 1962 r., Rw 579/62, OSNKW 1963, Nr 3, poz. 63 oraz post. SN z dnia 7 grudnia 1962 r., RwNw 10/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 122 – w zakresie w jakim sugerują one, że zaufanie przestaje być usprawiedliwione dopiero w momencie dopuszczenia się przez inne osoby naruszeń, nie zaś już w chwili pojawienia się sygnałów wskazujących na konkretną możliwość, istotne prawdopodobieństwo, wystąpienia takiego naruszenia.

w dwóch kierunkach. Jeżeli dostrzeżona nieprawidłowość zachowania danego pracownika medycznego ma charakter rażący bądź zaistniałej przeszkody w prawidłowym wykonywaniu przez niego obowiązków nie da się usunąć, czasowo lub trwale, wskazanym jest trwanie w postawie zupełnej nieufności. Jeśli zaś dana osoba rokuje powrót do stanu, który umożliwia właściwe postępowanie – przykładowo na drodze przejścia dodatkowego przeszkolenia zawodowego, przywrócenia prawidłowych psychicznych lub somatycznych reakcji jej organizmu, poddania się karze porządkowej nałożonej przez przełożonego za nieprzestrzeganie organizacji i porządku w procesie pracy – uzasadnionym wydaje się wzrost okazywanego jej zaufania do poziomu względnej nieufności; po upewnieniu się jednak, że zastosowane środki przyniosły oczekiwany rezultat. Warto na marginesie nadmienić, że do kwestii wymaganej w danych okolicznościach reakcji na nieprawidłowości w zachowaniu współpracowników przyjdzie jeszcze powrócić w kontekście omawiania zasady należytego nadzoru.

3.3.5. Względna nieufność

Wymóg przyjęcia postawy względnej nieufności oznacza, że w odniesieniu do osoby, która popełniła błąd lub wobec której choćby powzięto uzasadnione wątpliwości co do zdolności dostosowania się przez nią do ogólnie przyjętych norm – należy dopuszczać możliwość dalszego występowania incydentów tego rodzaju. Wówczas członkowie zespołu muszą bezwzględnie zwiększyć ostrożność i być przygotowani na nieoczekiwany rozwój zdarzeń, przebiegających z udziałem wspomnianej osoby. Od założenia, że niekorzystne okoliczności mogą powtórzyć się z prawdopodobieństwem wyższym niż typowe nie należy odstępować z kolei dopóty, dopóki zachowanie się danej osoby nie da podstaw do przyjęcia, iż w dalszym toku wydarzeń nie zostaną z jej strony naruszone standardy postępowania w określonym obszarze albo jej niedyspozycja nie ponowi się. Innymi słowy, stan względnej nieufności powinien trwać tak długo, aż zespół, po utracie zaufania, ponownie nie przekona się, że dana osoba jest zdolna do prawidłowego wykonywania powierzonych jej obowiązków. W kontekście tym wypada poczynić jednak dwa zastrzeżenia.

Po pierwsze, jak się wydaje, przeświadczenie o przywróceniu zdolności danej osoby do prawidłowego wywiązania się przez nią z powinności wynikających ze sprawowanej przez nią funkcji nie musi mieć charakteru niewzruszonego przekonania.

Jak podnosi bowiem Sąd Najwyższy w kontekście stosunków zachodzących pomiędzy uczestnikami ruchu drogowego, tak postawiony wymóg byłby nierealny do spełnienia, wszak „trudno (…) wyobrazić sobie sytuację drogową, w której kierowca miałby wystarczające podstawy do takiego «niewzruszonego przekonania»”[148]. Dla przyjęcia postawy względnej nieufności – a zatem obdarzenia danej osoby pewną dozą zaufania – wystarczającym zdaje się być prawdopodobieństwo prawidłowego jej zachowania się wyższe niż ryzyko ponownego wystąpienia okoliczności stanowiących uprzednio przesłankę do utraty zaufania.

Po drugie zaś, przyjęcie założenia, że inny uczestnik życia społecznego nie dochowa obowiązujących go reguł postępowania dopuszczalne jest tylko na zasadzie wyjątku. A mianowicie, postawę względnej nieufności należy przyjmować wyłączenie po wyraźnym sygnale skłaniającym do utraty zaufania, a dokładniej – na etapie badania czy brak zaufania może ponownie wrócić do poziomu wyjściowego, czyli zaufania ograniczonego. Tylko w tej, ściśle określonej fazie, względna nieufność staje się regułą.

Natomiast przebieg zdarzeń zachodzących w czasie przejawiania przez zespół ograniczonej nieufności – w ramach swoistego rodzaju okresu probacyjnego – może skłaniać do obdarzenia ocenianej osoby zaufaniem o typowym natężeniu, może jednak wskazywać na konieczność ponownego ograniczenia zaufania do minimum, gdy ujawnią się okoliczności nakazujące niezwłoczną zmianę zaufania w jego brak. Przesłankę ku temu stanowić musi przede wszystkim fakt powtórzenia się sytuacji zbliżonej do tej uprzednio wymuszającej czasową utratę zaufania do konkretnej osoby.

3.3.6. Wyjściowy brak zaufania

Przechodząc do omówienia trzeciego rodzaju układu sytuacyjnego, a mianowicie determinującego wyjściowy brak zaufania, warto przypomnieć, że w relacjach międzyludzkich obowiązuje zasada zaufania, ograniczonego jedynie o tyle, że musi się ono niezwłocznie zmienić się w brak zaufania, gdy pojawi się sygnał wskazujący na konkretną możliwość sprowadzenia zagrożenia dla dóbr prawnych większego niż społecznie dopuszczalne[149]. A zatem generalnie w stosunkach społecznych regułą jest wyjściowe obdarzanie współdziałających zaufaniem, nieufność jest zaś wyjątkiem[150].

[148] Post. SN z dnia 6 czerwca 1962 r., Rw 579/62, OSNKW 1963, Nr 3, poz. 63.

[149] Post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139.

[150] A. Bachrach, *Ryzyko* …, 1965, s. 151.

Niemniej choć co do zasady zmiana zaufania w jego brak powinna dokonać się dopiero w przypadku ewolucji postępowania pierwotnie niezdradzającego symptomów nieprawidłowego w zachowanie każące sądzić, że w dalszym toku wydarzeń konieczna jest utrata zaufania do osoby dopuszczającej się owego zachowania, to można wyobrazić sobie również i takie sytuacje, gdy nieufność – w różnym, determinowanym okolicznościami, natężeniu – wskazana jest, a wręcz konieczna, już wyjściowo. Tego rodzaju wyjściowo nieufne podejście może się wydawać niezgodne ze wskazaniami wynikającymi z zasady ograniczonego zaufania, która nakazuje początkowo obdarzać nim innych członków zespołu, lecz jedynie pozornie. Jeśli bowiem w kontakcie z daną osobą począwszy od jego nawiązania zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające ograniczenie zaufania poniżej typowego poziomu, to *de facto* postawa nieufności względnej, a nawet całkowitej, siłą rzeczy musi być przyjmowana już na etapie bezpośredniego zmierzania do realizacji określonej czynności z udziałem osoby, której owe okoliczności dotyczą.

Przyjęcie wskazanej postawy należy jednak uznać za dopuszczalne jedynie ekstraordynaryjnie. Sytuacja bowiem, kiedy to nieufność staje się regułą musi mieć swoje wyraźne podłoże, tworzone przez czynniki, które można określić mianem przesłanek statycznych, a zatem jawnie istniejących przed przystąpieniem do współpracy, tj. od początku znanych, w szczególności zaś notoryjnie, albo obiektywnie możliwych do zidentyfikowania lub przewidzenia przez osoby wspólnie podejmujące się określonej czynności, zwłaszcza z łatwością przez nie dostrzegalnych.

Są to zatem uwarunkowania odmienne od tych charakterystycznych dla – wcześniej omówionych – incydentów skłaniających do utraty zaufania początkowo typowego. Należy je więc wyraźnie odróżnić od przesłanek podyktowanych dynamicznym obrotem sprawy, czyli: bądź zaistniałych dopiero w toku rozwoju wydarzeń, zwłaszcza pod wpływem jego przebiegu (np. wystąpienie niedyspozycji wynikającej ze zmęczenia aktualnie wykonywanym wielogodzinnym zabiegiem operacyjnym); bądź też, choć już wcześniej istniejących, to jednakowoż niezidentyfikowanych w porę przez członków zespołu, z uwagi na to, że są one trudne do wcześniejszego dostrzeżenia (np. niedające wyraźnych oznak problemy zdrowotne lub stan po spożyciu alkoholu) albo takich, których pojawienia się nie zapowiadają żadne racjonalne okoliczności (np. niewystarczające przygotowanie zawodowe, niedostateczna odporność na stres, nieuczciwość lub inne wady charakteru, których nie zdradzała

dotychczasowa pomyślna współpraca). Jeśli bowiem symptomy uzasadniające wyjściową nieufność nie są widoczne ani obiektywnie przewidywalne przed przystąpieniem do interpersonalnego wykonywania danej czynności, to brak jest podstaw do uczynienia zarzutu z nieprzyjęcia tego rodzaju sceptycznej postawy. Niemniej, gdy zostaną one – w trakcie realizacji danej procedury medycznej, w szczególności zaś pod wpływem wyzwań zawodowych pojawiających się na drodze do osiągnięcia wspólnego celu – wyeksponowane na tyle, że są dostrzegane przez innych członków zespołu lub chociażby obiektywnie możliwe do zauważenia przez nich, to wówczas dalsze trwanie w zaufaniu bezspornie przestaje być usprawiedliwione i musi być uznane za postawę nieostrożną, nierozważną, nierozsądną.

Starając się przybliżyć przesłanki o charakterze statycznym – obligujące do wyjściowego przyjęcia postawy nieufności – poprzez przedstawienie ich katalogu pozytywnego, warto uprzednio zastrzec, że w omawianym kontekście istotnym jest, aby były one dostrzegalne jeszcze przed przystąpieniem do realizacji procedury medycznej lub najpóźniej w momencie jej rozpoczęcia. Wśród nich wymienić można zwłaszcza widoczną nietrzeźwość, skrajne zmęczenie lub innego rodzaju stan zdrowia niepozwalający na podjęcie i kontynuowanie aktywności profesjonalnej, albo też braki w wymaganych w danych okolicznościach: wiedzy, umiejętnościach i kompetencjach – w takim zakresie (np. znacznym), o takim charakterze (np. rażącym) bądź występujące dotąd z taką częstotliwością (np. nagminnie), że wymogi należytej ostrożności nakazywałyby odstąpienie od współpracy z określonym członkiem zespołu jeszcze przed jej właściwym rozpoczęciem, a mianowicie przed przystąpieniem do czynności składających się na planowaną procedurę medyczną.

Jednakowoż, należy podkreślić przy tym, że egzemplifikacją przesłanek określanych – w niniejszym studium – jako statyczne mogą być również właściwości lub warunki osobiste danej jednostki, naturalnie wynikające z etapu, na którym aktualnie znajduje się ona w procesie dochodzenia do uzyskania pełnych uprawnień zawodowych. W nakreślonej płaszczyźnie znamiennym czynnikiem – mogącym indukować wyjściową

nieufność w różnym natężeniu – jest udział praktykanta[151], stażysty[152] lub specjalizanta[153] w świadczeniu usług zdrowotnych. Kwestii tej warto poświęcić nieco więcej uwagi przez wzgląd na jej wieloaspektowość.

Otóż przywołane uwarunkowania mogą być określone jako szczególne nie tylko z tego względu, że winny przemawiać za rozważeniem postawy wyjściowego braku zaufania, lecz również z uwagi na to, iż nieufność przejawiana wobec adeptów poszczególnych zawodów medycznych powinna zasadniczo przybierać odmienną postać niż w odniesieniu do osoby już posiadającej formalne kwalifikacje fachowe w analogicznym zakresie. Z jednej bowiem strony, fakt współleczenia wraz z praktykantem, stażystą lub specjalizantem można uznać za – indukującą ograniczenie zaufania – okoliczność nietypową w tym sensie, że co do zasady, zgodnie z przyjętymi normami postępowania, świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykwalifikowane, legitymujące się pełnym przygotowaniem zawodowym, zaś szkolący się jedynie wyjątkowo i pod określonymi warunkami dopuszczani są do udziału w tym procesie[154]. W konsekwencji wskazany układ sytuacyjny *prima facie* należałoby

---

[151] W niniejszym studium pojęcie „praktykant" oznacza: osobę odbywającą praktyczne nauczanie kliniczne, praktyki fizjoterapeutyczne, zajęcia praktyczne lub praktyki zawodowe w rozumieniu rozp. MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755).

[152] W niniejszym studium pojęcie „stażysta" oznacza: stażystę w rozumieniu art. 15 u.zawod.lek. oraz rozp.staż.podypl.lek.; osobę odbywającą staż adaptacyjny w rozumieniu art. 5 ust. 13 w zw. z art. 20 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. z 2020 r. poz. 220) oraz rozp. MZ z dnia 3 marca 2017 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania medycznych zawodów regulowanych (Dz.U. z 2017 r. poz. 511, z późn. zm.); osobę odbywającą staż adaptacyjny w rozumieniu art. 35 u.zawod.pielęgn.; albo osobę odbywającą przeszkolenie uzupełniające w rozumieniu art. 10 ust. 3 albo art. 11 u.zawod.lek.; art. 26 u.zawod.pielęgn.; art. 10h u.PRM; art. 11 u.zawod.fizjoter.; art. 14 u.diagn.lab.; art. 17 albo art. 4b ust. 2 w zw. z art. 17 u.izb.aptek.

[153] W niniejszym studium pojęcie „specjalizant" oznacza: osobę odbywającą szkolenie specjalizacyjne w rozumieniu art. 16 u.zawod.lek.; art., 66 i 67 u.zawod.pielęgn.; art. 35 u.zawod.fizjoter.; art. 30 i 30a u.diagn.lab.; albo osobę odbywającą staż uzupełniający w rozumieniu art. 16n ust. 7 u.zawod.lek.

[154] Warunki dopuszczania szkolących się do udziału w procesie udzielania świadczeń określa w szczególności: art. 15 i 16m u.zawod.lek.; § 13 ust. 1 pkt 6 rozp.specjal.lek.; oraz program danej specjalizacji precyzujący czynności wykonywane samodzielnie, z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo jako pierwsza asysta – Zob. programy specjalizacji lekarskich, opubl. na oficjaln. str. internet. CMKP, https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/ [dostęp 23.02.2020]; Zob. też: akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d u.świad.opiek.zdr. – wskazujące warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące personelu medycznego, np. rozp. MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.), zgodnie z którym porada okulistyczna może być udzielona przez lekarza będącego w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie okulistyki, który ukończył drugi rok specjalizacji oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej; Zob. także: rozp.stand.anest. – zgodnie z którym: lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii może wykonywać znieczulenie tylko tych pacjentów,

kwalifikować jako tego rodzaju, w którym członek zespołu medycznego, nawet mimo braku konkretnego sygnału, zawsze powinien przejawiać nieufność – co do predyspozycji rzeczonych osób do zachowania się zgodnie z oczekiwaniami – ze względu na to, że merytoryczne braki w ich fachowym przygotowaniu praktyczne występują tak często, iż stają się niemal regułą. Niemniej z drugiej strony – z uwagi na specyficzne okoliczności, w jakich prawidłowość ta zachodzi – czynniki ryzyka wynikające z udziału praktykantów, stażystów lub specjalizantów w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, będącego w istocie warunkiem niezbędnym prowadzenia szkolenia przyszłych profesjonalistów, jawią się jako typowe, a wręcz naturalne. Z tej perspektywy dochodzi więc do swoistej „typizacji postępowania nietypowego”[155]. Stąd – w przeciwieństwie do incydentów z udziałem osób legitymujących się pełnymi kwalifikacjami zawodowymi – nawet znaczące braki w przygotowaniu do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych przejawiane przez szkolących się, jako oczywiste w nakreślonych okolicznościach, nie stanowią wyraźnych przesłanek przemawiających za apriorycznym wykluczeniem z zespołu. Obserwowane w tych charakterystycznych uwarunkowaniach zjawiska takie jak dysproporcja kwalifikacji, niedoświadczenie lub niedostateczne zdolności manualne, powinny raczej determinować wpierw stosowny nadzór nad aktywnością szkolących się jednostek; służący bieżącemu badaniu prawidłowości podejmowanych przez nie czynności, a na dalszym etapie również ocenie, czy istnieją podstawy do poczynienia założenia, że określony wycinek pracy został przez nie opanowany, a tym samym – do obdarzenia ich zaufaniem. Dopiero zaś w przypadku

których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, i jedynie po odbyciu co najmniej 2-letniego szkolenia specjalizacyjnego oraz wykazaniu się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, za zgodą ponadto kierującego odnośnym oddziałem; przy czym wymagane kwalifikacje potwierdzone być muszą pisemnie przez kierownika specjalizacji, a potwierdzenie to przechowywane się w aktach osobowych – w ten sposób upoważnianego – lekarza (§ 8 pkt 1 i 5). Ponadto tylko pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii może on dokonać kwalifikacji pacjenta do zabiegu, w tym pod nadzorem rzeczonego specjalisty zapoznaje się on z dokumentacją medyczną, przeprowadza badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia oraz zleca ewentualnie dodatkowe badania i konsultacje (§ 9 pkt 5). Natomiast co do świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii, to może ich udzielać lekarz w trakcie specjalizacji anestezjologii i intensywnej terapii, jeżeli jego praca jest nadzorowana przez lekarza specjalistę w tej dziedzinie, zaś lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin medycyny lub staż podyplomowy – jeżeli jego praca przez lekarza specjalistę w rzeczonej dziedzinie nadzorowana jest bezpośrednio (§ 11 pkt 4-5); z zastrzeżeniem jednak, iż w podmiotach leczniczych powołanych do udzielania świadczeń w związku ze zwalczaniem COVID-19, świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii specjalizant może udzielać po ukończeniu czterech lat specjalizacji i odbyciu co najmniej 6 miesięcy szkolenia w oddziale intensywnej terapii – Zob. rozp. MZ z dnia 8 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1751).

[155] Na zjawisko to, choć w kontekście ruchu drogowego, uwagę zwraca: A. Bachrach, *Ryzyko* …, 1965, s. 149.

stwierdzenia rażąco niskiego poziomu merytorycznego z ich strony – rozumianego jako nieposiadanie przez daną osobę podstawowego zasobu wiedzy, umiejętności i kompetencji wymaganych od modelowego praktykanta, stażysty albo specjalizanta – należałoby rozważyć kategoryczne odsunięcie (częściowe albo całkowite) szkolącego się od aktywności podejmowanych przezeń zgodnie z dedykowanym mu programem szkolenia. A zatem próg tolerancji błędów popełnianych przez szkolącego się winien być wyższy niż w odniesieniu do w pełni wykwalifikowanego pracownika w tym sensie, że z racji innych oczekiwań wobec przedstawicieli tych dwóch grup osób, odmienne są także kryteria oceny ich pracy. W konsekwencji te zachowania, które w przypadku praktykanta, stażysty, a nawet specjalizanta mogłyby być uznane jedynie za świadczące o niezadawalających postępach szkolenia, w odniesieniu do profesjonalisty mogłyby uchodzić za na tyle niepokojące, że automatycznie przesądzające o konieczności pojęcia względem niego bardziej radykalnych kroków, w tym usunięcia z zespołu.

Ponadto warto zauważyć, że na decyzję o dopuszczeniu szkolącego się do udzielania wybranych świadczeń zdrowotnych – skądinąd będącą odzwierciedleniem określonego poziomu zaufania przejawianego przez właściwego w tym zakresie decydenta względem danego praktykanta, stażysty lub specjalizanta – składa się szereg czynników. Wśród nich można wskazać zarówno przesłanki o charakterze obiektywnym (np. standardowy poziom wiedzy właściwy osobie znajdującej się na danym etapie edukacji), jak i subiektywnym (np. indywidualne predyspozycje i uzdolnienia danej osoby), które mogą w konkretnych okolicznościach odmiennie kształtować wymagany stopień nieufności lub dozwolony poziom zaufania. Wprawdzie – parafrazując wypowiedź R. A. Stefańskiego odnoszącą się do uczestnictwa małoletnich w ruchu drogowym[156] – jeśli chodzi o osoby szkolące się, to sygnałem zmuszającym członka zespołu medycznego do rozważenia względem nich postawy nieufnej jest sam fakt, iż należą one do tej kategorii osób; nie jest dodatkowo wymagane jakiekolwiek nieprawidłowe postępowanie z ich strony. Jest to typowa właściwość osobista,

[156] Zob. R. A. Stefański, *Prawo* …, 2005, s. 122-123 – Jak podnosi autor: „Jeśli chodzi o dzieci, to sygnałem zmuszającym uczestnika ruchu do utraty do nich zaufania jest sam fakt, iż należą one do tej kategorii osób; nie jest dodatkowo wymagane jakiekolwiek nieprawidłowe ich zachowanie. Jest to typowa właściwość uczestnika ruchu, podważająca zaufanie do niego jako do osoby, która bezpiecznie korzysta z drogi. Jest powszechnie wiadomo, że dzieci – ze względu na rozwój umysłowy i brak doświadczenia – mają ograniczoną możliwość właściwej oceny sytuacji i wyboru optymalnego wariantu zachowania, a tym samym istnieje duże prawdopodobieństwo zachowania się sprzecznego z zasadami bezpieczeństwa ruchu drogowego. Nie jest tak, że każde zachowanie się małoletniego uczestnika ruchu drogowego, które wskazuje, że nie przestrzega on przepisów ruchu drogowego albo że może zachować się sprzecznie z tymi przepisami wystarcza, samo przez się, do uruchomienia zasady ograniczonego zaufania”.

podważająca zaufanie do nich jako do osób biorących udział w samodzielnym udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Stanowi bowiem fakt notoryjnie znany to, że osoby takie – ze względu na niewystarczający poziom wiedzy i brak doświadczenia – mają ograniczoną możliwość właściwej oceny sytuacji i wyboru optymalnego wariantu zachowania, z czym w konsekwencji wiąże się znaczne prawdopodobieństwo postąpienia przez nie w sposób sprzeczny z zasadami wiedzy i praktyki medycznej. Aczkolwiek nie jest też tak, że każda sytuacja, w której czynność medyczna wykonywana jest przez praktykanta, stażystę lub specjalizanta, stanowi – sama przez się – wystarczającą podstawę do przejawiania względem nich zupełnej nieufności[157]. Jeśli bowiem szkolący się realizuje procedurę medyczną, której wykonywanie wcześniej opanował, co wynika nie tylko z formalnych kwalifikacji, lecz także z dotychczasowego przebiegu kształcenia praktycznego, to zaufanie do niego może być znaczne, a nawet zbliżone do tego przejawianego w analogicznych okolicznościach do w pełni wykwalifikowanych pracowników medycznych. Z kolei w przypadku jego uczestnictwa w czynności, z którą wprawdzie standardowo podmiot na tym etapie szkolenia powinien być teoretycznie zaznajomiony, lecz w praktyce stosunkowo nowej, to do czasu potwierdzenia przezeń faktycznych zdolności do jej samodzielnego wykonania opiekun praktyk lub stażu albo kierownik specjalizacji powinien prezentować postawę względnie nieufną. Dopiero fakt przekonania się przez nadzorującego przebieg szkolenia, że indywidualne predyspozycje i uzdolnienia podopiecznego pozwalają na jego samodzielną pracę w tym zakresie, daje podstawę do przyjęcia postawy zaufania. Natomiast, gdy na etapie prowadzącym do potwierdzenia znajomości danego obszaru tematycznego dojdzie do ujawnienia nieprawidłowości, musi skłaniać to nauczyciela do wyjściowo bezwzględnej nieufności przy przystępowaniu przez ucznia do powtórzenia uprzednio błędnie wykonanej czynności. Zwłaszcza wobec osoby jawnie niewykazującej praktycznych predyspozycji do wykonywania danego zawodu wymagany jest zupełny brak zaufania, który w skrajnych sytuacjach może być równoznaczny z koniecznością przerwania szkolenia. Sceptyczne nastawienie powinno towarzyszyć również powierzaniu zadań zupełnie nowych lub w znacznym stopniu skomplikowanych,

[157] Por. w zakresie warunków dopuszczania szkolących się do udziału w procesie udzielania świadczeń w szczególności: art. 15 i 16m u.zawod.lek.; § 13 ust. 1 pkt 6 rozp.specjal.lek.; programy specjalizacji lekarskich, opubl. na oficjaln. str. internet. CMKP, https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/ [dostęp 23.02.2020]; Zob. też: akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d u.świad.opiek.zdr. – wskazujące warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące kwalifikacji personelu medycznego.

jak na warunki danego szkolącego się, a także zabiegów o podwyższonym ryzyku dla pacjenta.

Niemniej, jeśli w toku danego zdarzenia – niezależnie od tego czy przebiega ono z udziałem osoby szkolącej się czy też wykwalifikowanej – nie zachodzą przesłanki nakazujące przyjęcie postawy na tyle nieufnej, że oznacza ona *de facto* konieczność usunięcia danej osoby z zespołu, bezterminowo albo czasowo (np. z uwagi na trwałą niezdolność do pracy albo nietrzeźwość), to przejawianie braku zaufania przez jego członków sprowadza się zasadniczo do objęcia tejże osoby szczególnym baczeniem. Nieco wyprzedzając dalszą analizę sygnalizowanego zagadnienia warto nadmienić, że analogicznie jak w przypadku zaufania okazywanego konkretnemu współdziałającemu, kontrola jakości jego pracy może przybierać rozmaite postaci[158]. Bowiem dokładnie tak, jak można przeprowadzić gradację stanu zaufania, tak też można wyróżnić – na skali intensywności powinnej weryfikacji – całą rozpiętość postaw w danych okolicznościach nakazanych albo dozwolonych. Ze względu jednakowoż na doniosłość i specyfikę problematyki należytego nadzoru – dającej się wyodrębnić z omawianego obszaru tematycznego w postaci samodzielnej zasady – należy poświęcić zarysowanej materii oddzielne rozważania, przedstawione w kolejnym podrozdziale niniejszej pracy. W zakreślonym kontekście wypada wszak szczegółowo objaśnić, jaki jest – w zależności od właściwego danym okolicznościom poziomu zaufania – zakres i stopień szczegółowości czynności sprawdzających, podjęcia których wymaga się w celu wykrycia nieprawidłowości w przebiegu świadczenia zdrowotnego, przy uwzględnieniu obiektywnej możliwości dostrzeżenia ich przez określonego członka zespołu medycznego; jak również – pożądany i prawnie możliwy sposób reakcji na ich zidentyfikowanie.

3.3.7. Zaufanie w kontakcie z przedmiotami a zaufanie do osób

Przed opuszczeniem jednak aktualnie omawianej płaszczyzny godzi się nadmienić, że choć – z uwagi na zakreślony obszar badawczy – rozważania prezentowane w niniejszym studium siłą rzeczy koncentrują się na relacjach międzyludzkich, to nie należy tracić przy tym z pola widzenia, iż zasada ograniczonego zaufania znajduje zastosowanie nie tylko na tym gruncie. Analogicznie należy rozpatrywać bowiem

[158] Do problemu przyjdzie jeszcze powrócić w niniejszym studium w ramach szczegółowych rozważań temu poświęconych, przedstawionych w kontekście omawiania zasady należytego nadzoru.

postępowanie człowieka w kontakcie z przedmiotami materialnymi i niematerialnymi oraz różnego rodzaju zjawiskami, w szczególności zaś w zetknięciu z urządzeniami technicznymi, substancjami chemicznymi i nośnikami energii. Zwłaszcza, że można w tym kontekście zaobserwować, iż niejednokrotnie zaufanie do prawidłowego funkcjonowania aparatury, sprawności mechanizmów dostarczania energii elektrycznej lub gazów medycznych i instalacji do tego służących, albo też właściwości preparatów chemicznych wykorzystywanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych – jest niczym innym jak zaufaniem do ludzi, którzy owe dobra: pozyskują; wytwarzają; produkują; przygotowują do użycia; testują ich zdatność do określonego celu; wskazują konkretne ich przeznaczenie; potwierdzają bezpieczeństwo ich stosowania; dopuszczają do użycia; wydają certyfikaty lub atesty ich jakości i zgodności ze stosownymi normami albo zezwolenia na ich eksploatację; legalizują; opatrują instrukcjami; cechują; etykietują; zakreślają daty przydatności do użycia lub spożycia; wprowadzają do obrotu; dystrybuują; dostarczają infrastrukturę do ich przesyłu; transportują; montują; podłączają; przechowują; zamawiają na potrzeby działalności danej placówki, w tym wybierają ich dostawcę i jakość oraz decydują o sposobie ich dystrybucji na terenie tego podmiotu; sprawują nad nimi nadzór; zapewniają ich utrzymanie w odpowiednim stanie czystości; kontrolują jakość; podejmują w odniesieniu do nich czynności serwisowo-naprawcze; utrzymują ich zapasy rezerwowe itp. Jak trafnie zauważa G. Rejman, w miarę postępu technicznego coraz więcej czynności wykonywanych jest – w zastępstwie człowieka – przez różnego rodzaju urządzenia, które jednakowoż nie przejęły odpowiedzialności za prawidłową realizację owych zadań[159]. Stąd, siłą rzeczy, istota ostrożnego korzystania ze wskazanych dóbr niejednokrotnie sprowadza się do właściwego dostosowania poziomu zaufania okazywanego wobec ludzi, którzy uprzednio weszli w kontakt z danym obiektem. W konsekwencji reguły właściwego obchodzenia się z przedmiotami materialnymi i niematerialnymi oraz innymi zjawiskami zakresowo pokrywają się, a przynajmniej przenikają, z zasadami zespołowego działania.

W sferze komunikacji drogowej podnosi się, że ostrożność uczestnika ruchu powinna zostać dostosowana nie tylko do cech i zachowań innych osób, lecz także do warunków atmosferycznych i drogowych[160]. Podobnie przedstawia się sytuacja w obszarze świadczeń zdrowotnych udzielanych przy wykorzystaniu przykładowo

[159] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, s. 16.

[160] Wyr. SN z dnia 8 listopada 1974 r., Rw 524/74, OSNKW 1975, Nr 1, poz. 17.

aparatury medycznej, energii elektrycznej, pola magnetycznego, właściwości różnego rodzaju gazów lub też preparatów stosowanych do celów leczniczych albo sanitarnych. Również w tego rodzaju okolicznościach zaufanie powinno ulegać stosownej gradacji[161]. W układach typowych, nie wskazujących na jakiekolwiek zakłócenia we wspomnianym kontakcie człowieka z przedmiotami materialnymi i niematerialnymi oraz zjawiskami, stopień zaufania w ich prawidłowe działanie albo posiadanie przez nie oczekiwanych właściwości może być na tyle wysoki, że niemal graniczący z pewnością. Odnosi się to w szczególności do korzystania przez pracownika medycznego z instalacji gazowej, elektrycznej, grzewczej lub wodno-kanalizacyjnej, systemów klimatyzacyjno-wentylacyjnych, środków komunikacji elektronicznej, gotowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych bądź warunków lokalowo-sanitarnych[162]. Aczkolwiek, zgodnie z zasadą ograniczonego zaufania, wystąpienie symptomów wskazujących na możliwe nieprawidłowości (np. wcześniej występujące przerwy w dostawie prądu przy jednoczesnym braku awaryjnego agregatu prądotwórczego, słabe warunki techniczne lokalu, niepokojący wygląd lub inne nietypowe cechy substancji chemicznej), muszą wywołać odpowiednią reakcję, sprowadzającą się do zachowania szczególnej ostrożności, a nawet – w skrajnych wypadkach – zupełnej utraty wyjściowego przekonania o ich zdatności do użycia. Przejawem poszanowania zasady ograniczonego zaufania jest w szczególności przedsięwzięcie takich czynności jak przetestowanie sprawności urządzeń technicznych i ich oprogramowania, wypróbowanie prawidłowości działania stosownych instalacji, sprawdzenie kompletności zestawu narzędzi potrzebnych do przeprowadzenia danej czynności, skontrolowanie poprawności sporządzenia preparatów przygotowywanych *ad hoc* przez inne osoby, upewnienie się co do właściwego zdezynfekowania wyrobów wielokrotnego użytku lub też zapoznanie się z instrukcją obsługi aparatury medycznej, charakterystyką produktu leczniczego bądź etykietą wskazującą datę ich przydatności do użycia albo spożycia – bezpośrednio przed ich zastosowaniem[163]. Powzięcie wątpliwości co do bezpieczeństwa pacjenta

[161] Odmiennie: W. Kotowski, *Ustawa* …, 2002, s. 172 – Zdaniem autora: „Nie ma podstaw do stosowania zasady ograniczonego zaufania do znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń zabezpieczających (…). Również należy mieć pełne zaufanie do stanu nawierzchni drogi, słusznie zakładając, iż wszelkiego rodzaju usterki będą właściwie i czytelnie oznakowane".

[162] Zob. szerzej w zakresie postępowania z wyrobem medycznym: D. Wąsik, *Bezpieczeństwo użytkowania wyrobu medycznego a odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w leczeniu pacjenta – studium przypadku*, SPu 2017, s. 69-87.

[163] Zob. § 9 pkt 10 rozp.stand.anest. – zgodnie z którym „przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący znieczulenie, a w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji również lekarz nadzorujący wykonywanie znieczulenia, jest obowiązany: a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,

w przypadku posłużenia się nimi musi skłaniać pracownika medycznego do przyjęcia postawy nieufności jeszcze przed ich użyciem. Warto podkreślić zarazem, że omawiana zasada w pełni znajduje zastosowanie także w odniesieniu do dokumentacji medycznej, gdy jest ona podstawą wydania decyzji co do dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego[164].

* * *

Kończąc rozważania poświęcone zasadzie ograniczonego zaufania warto skonkludować, że okazywanie – w szczególnych okolicznościach – nieufności w stosunku do współdziałających, nie jest wyjątkiem od omawianej reguły, lecz przejawem jej istoty[165]. Zdaje się wynikać z niej bowiem nie tylko prawo do działania w zaufaniu do innych uczestników życia społecznego, że dochowają oni ogólnie przyjętych norm, lecz także – pochodny w stosunku do owego prawa – obowiązek odpowiedniego dostosowania poziomu zaufania do występujących w danym momencie okoliczności, mogących negatywnie rzutować na bezpieczeństwo dóbr prawnie chronionych. Wszak zgodnie z utrwalonym kierunkiem orzeczniczym oraz normatywnym brzmieniem zasady ograniczonego zaufania na gruncie komunikacji – „uczestnik ruchu i inna osoba znajdująca się na drodze mają prawo liczyć,

b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania, c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia, d) przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia".

[164] M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 118.

[165] Odmienne stanowisko zdaje się prezentować: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 425-426 – Autor bowiem wylicza za J. Sawickim przykłady okoliczności, w których, jak to określa T. Sroka, „zasada ograniczonego zaufania przestaje wiązać członka zespołu"; Por. J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 194 – Warto zaznaczyć, że sam cytowany autor podnosi w tym kontekście, co następuje: „Kierownik oraz każdy inny uczestnik zespołu mogą mieć zaufanie, że każdy kwalifikowany i wedle swych kwalifikacji pracujący uczestnik postąpi zgodnie ze swym obowiązkiem tylko do chwili, kiedy pewne oznaki w toku pracy tego zaufania nie zachwieją. Od tej chwili obowiązkiem jego jest tak się zachować, jakby zaufanie to stracił"; Por. też: A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 88-89 – Autor wprawdzie nie odnosi się wprost do omawianego problemu, jednakże w kontekście omawiania zasady ograniczonego zaufania zauważa przykładowo, że „stopień ograniczenia zaufania może być różny w zależności od konkretnych sytuacji" (tamże, s. 88). Niemniej w innym fragmencie opracowania wskazuje on, iż: „Przy wystąpieniu pewnego rodzaju stosunków podporządkowania można mówić o daleko idącym zawężeniu funkcjonowania zasady ograniczonego zaufania i zbliżeniu się do modelu braku zaufania. Dotyczyć to będzie stosunków, w których przestrzeganie reguł ostrożności wymaga nadzoru i kontroli. Lekarz zlecający stażyście samodzielne dokonanie pewnych czynności nie może się powołać na zasadę ograniczonego zaufania, chyba że chodzi o czynność, której wykonanie mieści się w granicach wymagań stawianych osobie, która uzyskała dyplom lekarza" (tamże, s. 89); Warto zaznaczyć, że analizy w tym aspekcie nie przeprowadzają: A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 223-224; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361-365.

że inni uczestnicy tego ruchu przestrzegają przepisów ruchu drogowego, chyba że okoliczności wskazują na możliwość odmiennego ich zachowania”[166]. A zatem można wnioskować, że wystąpienie wskazanych okoliczności niejako przekształca prawo do liczenia na prawidłowe zachowanie się innych osób w obowiązek liczenia się z tym, że ich reakcja będzie inna, niż społecznie oczekiwana; co z kolei wymusza dostosowanie własnej postawy, postawy zaufania, do obrotu sprawy dyktowanego niepożądanym postępowaniem lub cechami owych osób. Skoro zaś konieczność przeprowadzania stosownej gradacji stanu zaufania stanowi treść rzeczonej zasady, to uadekwatnienie własnych zachowań na drodze wskazanego stopniowania – należy ocenić za mieszczące się w jej zakresie. Tym samym, naturalnym, a wręcz wymaganym, jest przyjęcie niekiedy – w wyniku adaptacji własnych czynów do aktualnie panujących warunków – postawy braku zaufania albo względnej nieufności. Stąd też nie można uznać za trafne twierdzenie, że w przypadku dostrzeżenia błędu członka zespołu lub innych symptomów wskazujących na realną możliwość wystąpienia nieprawidłowości w jego zachowaniu, zasada ograniczonego zaufania przestaje wiązać współpracujące z nim osoby[167]. Zaistnienie tego rodzaju okoliczności stanowi bowiem granicę, na której kończy się zaufanie a zaczyna obowiązywać nieufność, nie zaś granicę obowiązywania zasady ograniczonego zaufania.

Warto podkreślić przy tym, że zaprezentowane rozważania mogą wieść ponadto do przekonania, iż wśród uwarunkowań modyfikujących wymagane natężenie wzajemnie okazywanego sobie zaufania można wyróżnić dwie ich kategorie, a mianowicie po pierwsze – okoliczności ściśle związane z przymiotami osoby współdziałającej, tj. determinowane właściwościami i warunkami osobistymi danego pracownika medycznego, po drugie zaś – okoliczności dotyczące otoczenia, w którym świadczenie zdrowotne jest udzielane, wynikające w szczególności z przebiegu zdarzenia (np. czynność planowa, wcześniej uzgodniona albo sytuacja nagła, nieoczekiwana)

[166] Art. 4 u.P.ruch.drog.; W tym tonie także: post. SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139; uchw. SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179; uchw. SN z dnia 28 lutego 1975 r., V KZP 2/74, LEX Nr 18934; wyr. SN z dnia 25 maja 1995 r., II KRN 52/95, OSNKW 1995, Nr 11-12, poz. 82; wyr. SN z dnia 24 stycznia 1997 r., II KKN 133/96, LEX Nr 29516; wyr. SN z dnia 17 czerwca 1999 r., IV KKN 740/98, LEX Nr 39196; wyr. SN z dnia 23 listopada 2001 r., III KKN 103/99, LEX Nr 558325; wyr. SN z dnia 11 marca 2003 r., III KKN 202/01, LEX Nr 77005; wyr. SN z dnia 19 października 2005 r., IV KK 244/05, LEX Nr 183099; post. SN z dnia 5 listopada 2010, III KK 153/10, LEX Nr 686767; post. SN z dnia 6 lutego 2013 r., V KK 264/12, LEX Nr 1293867.

[167] Por. T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 425 – w zakresie, w jakim autor wylicza przykładowe okoliczności, w których, jego zdaniem, „zasada ograniczonego zaufania przestaje wiązać członka zespołu”.

lub dostępnych w danym momencie metod i środków (np. warunki lokalowe, e wyposażenie placówki, organizacja pracy, obsada kadrowa, w tym faktyczna możliwość wyboru członków kompletowanego zespołu). Jak już wspomniano, wystąpienie szczególnych okoliczności obliguje współdziałającego do stosownego, zgodnego z wytycznymi omawianej reguły, zachowania. Choć kształt owej reakcji na aktualną sytuację może być podyktowany nie tylko czynnikiem czysto ludzkim, to jednakowoż, jak już podkreślano, nie powinien ujść uwadze fakt, że niejednokrotnie za przedmiotami materialnym lub niematerialnym oraz różnego rodzaju zjawiskami, zwłaszcza zaś efektami organizacyjnymi – przestawiając sprawę obrazowo – stoi człowiek. Z tego też względu oraz z uwagi na zakreślony w niniejszej pracy obszar badawczy, dalsze jej fragmenty koncentrują się na należytym czuwaniu nad aktywnością człowieka, a dokładniej – nad jakością pracy członków zespołu medycznego[168].

4. Zasada należytego nadzoru

4.1. Zasada należytego nadzoru – zagadnienia ogólne

Jak już niejednokrotnie nadmieniano, zasada należytego nadzoru wypływa poniekąd z zasady ograniczonego zaufania, stanowi swoistego rodzaju regułę szczegółową, mieszczącą się w granicach ogólniejszej formuły – jaką jest rzeczona zasada ograniczonego zaufania – a przy tym jawi się ona jako materia na tyle specyficzna i złożona, iż wymaga odrębnego potraktowania. Naturalną bowiem konsekwencją funkcjonowania, wśród reguł ostrożności, dyrektywy ograniczonego zaufania jest nałożenie na uczestników życia społecznego – interpersonalnie podejmujących zachowania mogące ingerować w bezpieczeństwo dóbr prawnie chronionych – powinności wzajemnego baczenia na poczynania współdziałających, pod kątem ich zgodności z regułami ostrożnego obchodzenia się z owymi dobrami. To z kolei aktualizuje problem charakteru, zakresu i natężenia wymaganych w danych okolicznościach czynności sprawdzających, jak i ich skuteczności, jako miary zachowania wymaganej w tychże okolicznościach ostrożności.

Analiza poświęcona ów charakterowi, zakresowi i natężeniu wzajemnej weryfikacji poprawności wspólnie udzielanych świadczeń zdrowotnych stanowi sedno

[168] W pozostałym zakresie warto odesłać do rozważań poświęconych nadzorowi nad maszynami, prezentowanych przez: G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, *passim*.

rozważań pomieszczonych w niniejszym podrozdziale, będąc w istocie próbą odpowiedzi na pytanie o to, kiedy zachowanie członka zespołu medycznego można uznać za wypełniające miarę należytej ostrożności w rozumieniu art. 9 K.k. w okolicznościach, gdy stosunki społeczne dyktują konieczność odniesienia się do zachowań innych osób jako warunku podjęcia własnych, a przy tym niekryminogennych, decyzji. Wniknąwszy głębiej w specyfikę wytycznych płynących z omawianej zasady trzeba uświadomić sobie przede wszystkim, że „nadzór" jest pojęciem, któremu przydaje się doniosłość prawną, posiadającym określone konotacje z pojęciami w języku potocznym uznawanymi za synonimiczne, jak np. „kontrola", którą to funkcję definicyjnie i treściowo uzupełnia on o atrybuty władcze. Z kolei, jeśli przyjąć, że stosunek prawny nadzoru jest niczym innym jak prawem i obowiązkiem władczej kontroli, a zatem kontroli połączonej z wiążącą ingerencją w działalność innych podmiotów, muszą nasunąć się wątpliwości, w jakich okolicznościach tak dalece posunięte uprawnienie przysługuje, a także – co nawet bardziej interesujące z punktu widzenia odpowiedzialności karnej – kiedy można wskazać, że na danej osobie ciążył prawny, szczególny obowiązek przejawienia władczej ingerencji.

Jako że charakter, zakres i natężenie wymaganych w danej sytuacji czynności weryfikacyjnych stanowi kryterium oceny ostrożności wartościowanego zachowania, ażeby w danych okolicznościach precyzyjnie wyznaczyć jego granice, detalicznie objaśnić wytyczne płynące z zasady należytego nadzoru w odniesieniu do poszczególnych – możliwych do zidentyfikowania – układów sytuacyjnych zachodzących w ramach działalności podmiotu leczniczego, koniecznym jest wskazanie, co na gruncie niniejszej pracy uznaje się za miarodajne czynniki determinujące powinność kontroli albo nadzoru, i ewentualny ich kształt. To z kolei poprzedzić wypada dostrzeżeniem całego spektrum relacji międzyludzkich o podłożu jurydycznym, których specyfika może rzutować na ustalenie, czy w konkretnym układzie okoliczności faktycznych powstaje obowiązek nadzoru, i skorelowane z nim prawo władczej ingerencji; czy też wypada, i można, ograniczyć się w jego ramach do sprawowania kontroli – jako że pozbawionej przydawanych nadzorowi atrybutów władczych – niesięgającej swoim zakresem i w swym natężeniu tak dalece istoty działalności innych członków zespołu, jak jest to właściwe nadzorowi. W poszukiwaniu uwarunkowań prawnych przesądzających o zachodzeniu w danych okolicznościach stosunku nadzoru, albo jego braku, należy zatem przeprowadzić przegląd zależności swoistych

dla działalności leczniczej, nie ograniczając się do stwierdzenia – jak to czyni się w literaturze przedmiotu – że stosunki łączące członków zespołów medycznych można sprowadzić do podziału na struktury poziome i pionowe współdziałania; i stąd, tzn. z przynależności wartościowanej relacji do jednej z powyższych kategorii, można wywodzić i w tym upatrywać wystarczy podstawy dla obowiązku nadzoru[169]. Rozważając bowiem – we wskazanym celu – specyfikę podporządkowania w podmiocie leczniczym, uwagi doprasza się cały szereg uwarunkowań wymagających analizy, a mianowicie kwestie: formalnych i nieformalnych źródeł zhierarchizowania i możliwości przyjęcia tych ostatnich za podstawę władzy nadzorczej; normatywnie warunkowanego systemu zarządzania podmiotem leczniczym; statusu prawnego profesjonalisty medycznego wynikającego z rodzaju zatrudnienia; przynależności do grupy zawodowej korzystającej z ustawowo umocowanego przywileju samodzielności; oraz zależności nadzorczej praktykanta, stażysty i specjalizanta. Przy czym zaznaczenia wymaga, że choć wymienione zagadnienia pozostają na obrzeżach prawa karnego, a niekiedy zdecydowanie wkraczają w sferę innych dziedzin prawa, a wręcz wykraczają poza nauki prawne, wykazując powinowactwo z naukami o zdrowiu – objaśnienie ich, chociażby sygnalizacyjnie, konieczne jest dla zakreślenia ram obowiązku działania profesjonalisty medycznego w omawianym zakresie, bez tego bowiem nie daje się wyznaczyć granic ostrożności jemu dedykowanej, w okolicznościach w których przyszło mu pracować.

4.2. Pojęcie kontroli i nadzoru

Rozważania poświęcone wytycznym płynącym z zasady należytego nadzoru naturalnym jest poprzedzić doprecyzowaniem, jak w dalszej części niniejszej pracy używane będą takie pojęcia jak nadzór i kontrola. Przed przejściem jednak do ustosunkowania się do podniesionej kwestii terminologicznej, nieodzownym jest przybliżenie wspomnianych określeń i ich znaczenia w sferze nauki administracji i prawa

[169] Por. J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 184-198; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, *passim*, w szczególności zaś, s. 23-31; taż, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 53 i 55; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 429-435.

administracyjnego, do których odwołanie się zdaje się być najbardziej trafnym w omawianym kontekście[170].

Otóż wedle literatury przedmiotu kontrola w sensie funkcjonalnym[171] oznacza – w klasycznym jej rozumieniu – „porównanie danej czynności z oznaczonym planem"[172], „sprawdzanie stanu faktycznego"[173], „porównywanie tego, co jest, z tym, co być powinno"[174], „sprawdzanie, czy wszystko idzie zgodnie z przyjętym programem, wydanymi wskazaniami i ustalonymi zasadami"[175]. Innymi słowy za kontrolę, w powyższym ujęciu, uznaje się: „ogół czynności zmierzających do ustalenia faktycznego stanu rzeczy, połączony z porównaniem stanu istniejącego ze stanem planowanym"[176]; proces badania stanu rzeczywistego i porównania go ze stanem pożądanym, planowanym, wymaganym lub postulowanym[177]; zestawianie tego, co istnieje z tym, co być powinno, co przewidują odpowiednie wzorce bądź normy postępowania[178]. A zatem istotą kontroli, trzonem tej kategorii, jest „ustalenie,

[170] Warto nadmienić, że celem niniejszej pracy nie jest wyczerpujący przegląd doktryny w zakreślonym obszarze tematycznym, a ukazanie dominujących na tym polu nurtów interpretacyjnych. Jak podnosi bowiem J. Jagielski: „Na gruncie doktrynalnym spotkać można różne objaśnienia terminu «kontrola» oraz pojmowania jej treści i istoty. Podobne zróżnicowanie traktowania kategorii kontroli daje się zaobserwować w stanowisku praktyki, a jeszcze wyraźniej – w regulacjach prawnych. Analizując różne przepisy normujące sprawy kontroli, a także nadzoru czy też relacji nadrzędności – podległości w administracji, trzeba skonstatować występowanie postępującego zamętu terminologicznego i pojęciowego, powodującego coraz większe trudności z identyfikacją kategorii kontroli i odróżnieniem od innych pojęć, takich jak przede wszystkim: nadzór, inspekcja, dozór, kierownictwo" – tenże, *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2018, s. 17; Stąd w zakresie wykraczającym poza ramy niniejszego opracowania odesłać należy do szerszej analizy problemu, dokonanej przez tegoż autora: tamże, s. 17 i n. oraz podanej przez niego literatury i orzecznictwa.

[171] Tj. kontrola ujmowana jako działalność, funkcja; w przeciwieństwie do – pozostającej poza zakresem zainteresowania niniejszego studium – kontroli w znaczeniu organizacyjnym, rozumianej jako „całokształt podmiotów (instytucji) kontrolnych (sprawujących funkcję kontroli)" – Zob. J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 18.

[172] J. Staryszak, *Prawo nadzoru nad administracją samorządową w Polsce*, Warszawa 1931, s. 63.

[173] M. Jaroszyński, M. Zimmermann, W. Brzeziński, *Polskie prawo administracyjne. Część ogólna*, Warszawa 1956, s. 440.

[174] J. Sługocki, *Prawo administracyjne. Podstawowe zagadnienia ustrojowe*, Warszawa 2007, s. 389; Tak też: J. Lang [w:] M. Wierzbowski (red.), *Prawo administracyjne*, Warszawa 2017, s. 314 i n.

[175] H. Fayol, *Administracja przemysłowa i ogólna*, Poznań 1947, s. 176.

[176] E. Iserzon, *Prawo administracyjne*, Warszawa 1968, s. 174.

[177] Por. E. Smoktunowicz (red.), *Wielka Encyklopedia Prawa*, Warszawa 2000, s. 376; U. Kalina-Prasznic (red.), *Encyklopedia Prawa*, Warszawa 2007, s. 327; J. Boć [w:] tenże (red.), *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010, s. 383; Z. Cieślak [w:] Z. Niewiadomski (red.), *Prawo administracyjne*, Warszawa 2013; W. Góralczyk, *Podstawy prawa i administracji*, Warszawa 2014, s. 224; E. Ochendowski, *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2013, s. 433-434.

[178] Por. W. Dawidowicz, *Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce*, Warszawa 1970, s. 34; E. Ochendowski, *Prawo* …, 2013, s. 433-434.

czy przewidziany stan został urzeczywistniony”[179], celem „wykrycia błędów, aby je można było poprawić i uniknąć ich powtórzenia”[180].

W literaturze można spotkać także bardziej rozbudowane definicje „kontroli”, poszerzone o element: badania relacji między stanem istniejącym a stanem pożądanym w sensie stopnia ich zgodności ze sobą[181]; ustalania przyczyn ewentualnych rozbieżności na tym polu i formułowania zaleceń mających na celu wskazanie sposobów usunięcia niepożądanych zjawisk ujawnionych przez kontrolę[182]; lub analizy ich charakteru i przedstawienia spostrzeżeń właściwym podmiotom[183]. Niemniej – w czym należy zgodzić się z J. Jagielskim – mieszczą się one w nurcie klasycznego pojmowania kontroli, tj. działalności sprowadzającej się do badania, sprawdzania, oceniania i postulowania zmian; a więc takiej, która nie ma charakteru władczego[184]. Jak podkreśla bowiem autor, to właśnie „owa niewładczość działań kontrolnych stanowi tradycyjnie podnoszoną cechę funkcji kontroli, traktowaną jako jej istotny wyróżnik, zwłaszcza w konfrontacji z kategoriami nadzoru czy kierownictwa”[185]. To też ujęcie, a mianowicie wąskie rozumienie funkcji kontroli, uznawane jest za dominujące w doktrynie[186]. I jako takie przyjmowane jest również na gruncie niniejszej pracy; z zachowaniem jednakowoż świadomości tego, że w jej ramach mieści się szerokie spektrum działań, jako że w założeniu „nie sprowadza się ona do jednorazowej czynności, lecz zakłada pewien proces”, „jawi się jako ciąg czynności, takich jak: rozpoznanie (ustalenie) istniejącego stanu rzeczy – jego ocena – diagnoza przyczyn (źródeł) nieprawidłowości – udzielanie wskazań służących zniesieniu nieprawidłowości i zapobieżeniu

[179] J. Sługocki, *Prawo* …, 2007, s. 389; Tak też: J. Lang [w:] M. Wierzbowski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 314 i n.

[180] H. Fayol, *Administracja* …, 1947, s. 176.

[181] U. Kalina-Prasznic (red.), *Encyklopedia* …, 2007, s. 327; Tak też: J. Boć [w:] tenże (red.), *Prawo* …, 2010, s. 383; Z. Cieślak [w:] Z. Niewiadomski (red.), *Prawo* …, 2013, s. 278 i n.; W. Góralczyk, *Podstawy* …, 2014, s. 224; J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2016, s. 229.

[182] W. Dawidowicz, *Zagadnienia* …, 1970, s. 34; E. Ochendowski, *Prawo* …, 2013, s. 433-434; W tym tonie także: J. Boć [w:] tenże (red.), *Prawo* …, 2010, s. 383; Z. Cieślak [w:] Z. Niewiadomski (red.), *Prawo* …, 2013, s. 278 i n.; J. Zimmermann, *Prawo* …, 2016, s. 229; J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 23.

[183] E. Smoktunowicz (red.), *Wielka* …, 2000, s. 376; U. Kalina-Prasznic (red.), *Encyklopedia* …, 2007, s. 327; W tym tonie także: J. Boć [w:] tenże (red.), *Prawo* …, 2010, s. 383; Z. Cieślak [w:] Z. Niewiadomski (red.), *Prawo* …, 2013; W. Góralczyk, *Podstawy* …, 2014, Warszawa 2014, s. 224.

[184] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 22-23.

[185] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 26; Zob. szerzej w zakresie innych niż klasyczne ujęć kategorii kontroli – tamże., s. 23 i n.

[186] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 19 i n.; Zob. też przegląd poglądów doktryny poczyniony przez autora – tamże, s. 20-29.

ich powstania w przyszłości (postulaty bieżących działań naprawczych i formułowanie wniosków na przyszłość)”[187].

Przechodząc natomiast do próby zestawienia pojęcia „kontroli” z „nadzorem”, warto nadmienić, że na gruncie nauki administracji i prawa administracyjnego nadzór definiuje się jako „badanie działalności danego podmiotu administrującego (kontrola) połączone z możliwością pomocy, wpływu, a także modyfikacji tej działalności, dokonywane przez organ zwierzchni organizacyjnie bądź funkcjonalnie, w celu zapewnienia zgodności tej działalności z prawem, a w określonych przypadkach zgodności z pewnymi wartościami szczegółowymi (także określonymi w prawie)”[188]. Aczkolwiek podkreśla się, że jego istotą jest „wyciąganie konsekwencji z zachowania organu podporządkowanego, które jest obserwowane przez organ nadzorczy z punktu widzenia określonego, wybranego kryterium nadzoru, czyli wzorca, z którym porównuje się dane zachowanie”, zaś konsekwencje te „organ nadzorczy wyprowadza, stosując środki nadzoru, którymi są możliwości władczego i jednostronnego oddziaływania na czynności organu nadzorowanego”[189]. „W rezultacie można powiedzieć, że elementem kształtującym generalny wymiar funkcji nadzoru i stanowiącym jej wyróżnik w stosunku do kontroli jest przewidziana prawem możność podejmowania w ramach określonego układu organizacyjnego przez dany podmiot (nadzorujący) nie tylko sprawdzania i oceniania innego podmiotu (nadzorowanego), ale także stosowania wiążącej ingerencji w jego działalność (stan) w celu skorygowania jej w pożądanym kierunku, zgodnym z przyjętymi punktami odniesienia, przy czym zakres i sposoby (środki) tej ingerencji są determinowane prawem i wyznaczane w konkretnych przypadkach przez stosowne prawne regulacje”[190]. Niemniej „w ramach działań nadzorczych mieści się także podejmowanie w stosunku do podmiotów nadzorowanych czynności o charakterze niewładczym, organizatorskim, opiekuńczym. Inaczej mówiąc, kategoria nadzoru obejmować może także – m.in. ze względu na cel nadzoru, jakim jest zapewnienie prawidłowego działania i osiągania właściwych rezultatów – istnienie opieki i wspierania podmiotów poddanych nadzorowi, czyli tzw. pieczę”[191]; co uwidacznia się

[187] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 23 i 51.

[188] J. Boć, M. Miemiec [w:] J. Boć (red.), *Prawo* …, 2010, s. 239; W tym tonie także: W. Dawidowicz, *Zagadnienia* …, 1970, s. 35; J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 45 i n.

[189] J. Zimmermann, *Prawo* …, 2016, s. 228; Tak też: M. Wierzbowski, A. Wiktorowska [w:] M. Wierzbowski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 81; J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 45 i n.

[190] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 45.

[191] Tamże.

chociażby w relacjach pomiędzy nadzorującym szkolenie, prowadzące do uzyskania uprawnień do wykonywania zawodu medycznego, a jego podopiecznym, w ramach których dominującą formą oddziaływania nadzorczego jest wspomaganie, uzgadnianie stanowisk, instruktaż, udzielanie pomocy, asysta, doradzanie.

Jak zatem można ocenić: „stosunek prawny nadzoru jest stosunkiem władczym, nakładającym (i wyrażającym) pewną nadrzędność podmiotu nadzorującego nad podmiotem nadzorowanym, przejawiającą się w tym, że istotną treścią tego stosunku jest możliwość wiążącego ingerowania – na warunkach określonych prawem – przez nadzorującego w działalność nadzorowanego”[192]; których to cech kontrola nie wykazuje, przez wzgląd na – wzmiankowaną już – niewładczość działań należących do katalogu jej desygnatów. Jeśli więc rozpatrywać pojemność obu kategorii w kontekście kompetencyjnym, to nadzór należy uznać za funkcję szerszą; obejmuje on bowiem „wszystkie elementy składające się na kontrolę (obserwacja, sprawdzanie, ocena i diagnoza, postulaty naprawcze i wnioski na przyszłość), a oprócz tego możliwości wiążącego oddziaływania (władczej ingerencji) na działalność danego podmiotu (lub stan przez ten podmiot utrzymywany) w celu modyfikacji tej działalności (lub stanu) w kierunku ustalonym przez sprawującego nadzór, w ramach posiadanych przezeń kompetencji”[193].

Przed opuszczeniem płaszczyzny bieżących rozważań, o charakterze terminologicznym, nie sposób nie zwrócić uwagi ponadto na fakt bezpośredniego powiązania przywołanych funkcji z innymi pokrewnymi działaniami, jak chociażby z administrowaniem, kierowaniem, monitoringiem, kontrolingiem, ewaluacją i audytem[194]. Niemniej, jako że pojęcia kontroli i nadzoru wydają się pozostawać – poza „kierownictwem” – w najbliższym punkcie styku z aktywnością społeczną będącą przedmiotem zainteresowania niniejszego opracowania, na tej właśnie relacji należało się skoncentrować. Z kolei egzegezę pojęcia „kierownictwo” przyjdzie jeszcze przeprowadzić w niniejszej pracy, w rozdziale poświęconym problematyce przestępnego współdziałania. Z racji tego, że kierowanie występuje na gruncie prawa karnego jako znamię czynu zabronionego, domaga się ono precyzyjnego wyjaśnienia.

[192] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 47.

[193] Tamże, s. 51-52.

[194] Zob. szerzej na temat kontroli jako komponentu innych funkcji oraz jej relacji do pokrewnych kategorii, w doktrynie nauki administracji i prawa administracyjnego: J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 40-72.

Stąd przedstawianie szerszych rozważań temu poświęconych w kontekście przeglądu doktryny nauki administracji i prawa administracyjnego mogłoby tylko zaciemnić należyty ogląd tej kategorii pojęciowej. Dla pełności obrazu godzi się zasygnalizować jednakowoż, że na jej gruncie „kierownictwo oznacza możliwość wiążącej ingerencji podmiotu nadrzędnego w działalność podmiotu podporządkowanego, opartą na generalnym upoważnieniu (ogólnej kompetencji) do sprawowania kierownictwa (kierowania) i dopuszczalną w pełnym zakresie przedmiotowym w sytuacjach, w których podmiot kierujący uzna to za stosowne”[195]. W rzeczonej kategorii „mieszczą się działania obejmowane funkcją kontroli, a ponadto także możliwości władczej ingerencji i dyrektywnego wpływania na kierowane podmioty w celu bieżącego sterowania ich działalnością, zgodnie z założeniami, kierunkami, celami uznawanymi za właściwe przez kierującego”; zaś za klasyczne środki kierownictwa uznaje się „polecenie służbowe (akt indywidualny nakazujący) i tzw. zarządzenie władzy (akt ogólny adresowany do szerszego kręgu adresatów, zawierający określone wiążące dyrektywy zachowania)”[196]. Zestawiając zatem pojęcie nadzoru z omawianą funkcją można rozumieć je jako „wycinek funkcji kierowniczych”[197]. Tym samym – co warte podkreślenia w kontekście porównania zakresów znaczeniowych przywołanych pojęć – nadzór oznaczający z racji możliwości władczej ingerencji pewien rodzaj zwierzchności nie musi być tożsamy z nadrzędnością w wymiarze ściśle organizacyjnym, na wzór nadrzędności organu wyższego stopnia wobec organu niższego stopnia albo zależności służbowej, sięgającej na tyle daleko, że przybierającej postać „kierownictwa, które wyraża najściślejszą więź łączącą podmioty w ramach danej

[195] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 54.

[196] Tamże.

[197] Z. Kubot, *Podporządkowanie lekarza w państwowym zakładzie leczniczym*, RPEiS 1979, Nr 4, s. 27; Zob. też: J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 49 – Jak podnosi autor, nadzór może przybierać postać „nadzoru weryfikacyjnego, dopuszczającego możliwość ingerencji tylko w sytuacjach określonych prawem” albo „nadzoru dyrektywnego, uprawniającego do ingerencji w całą działalność organu podporządkowanego przez organ nadrzędny”, przy czym niekiedy nadzór dyrektywny błędnie określany jest jako kierownictwo, gdyż nadzór i kierownictwo są pojęciami i instytucjami odrębnymi. Jak objaśnia on w dalszej części wywodu: „choć w obu przypadkach mamy do czynienia z prawnie dopuszczoną ingerencją podmiotów nadzorujących i kierujących w działalność podmiotów, odpowiednio, nadzorowanych i kierowanych. Kierownictwo (kierowanie) jednak w porównaniu z nadzorem rysuje się szerzej, dlatego że wpływ i władcza ingerencja względem podległych podmiotów – również oparta zgodnie z zasadami państwa prawnego na stosownych przepisach – kształtowana jest przez bardziej generalne i otwarte formuły prawne” (tenże, s. 50); Tak też: B. Dolnicki, którego zdaniem „nadzór w przeciwieństwie do kierownictwa nie może służyć do ustalania kierunków działania podmiotów wykonujących funkcje administracyjne, może jedynie korygować działania nieprawidłowe” – tenże, *Nadzór nad samorządem terytorialnym*, Katowice 1993, s. 143.

struktury”[198]. Funkcja nadzoru może mieć tak wymiar funkcjonalny (zadań, kompetencji), jak osadzenie w sferze strukturalnej (organizacji), innymi słowy – przejawia się bądź jako funkcja samoistna bądź jako komponent szerszej kategorii, jaką jest kierownictwo.

Mając na względzie dotychczasowe rozważania wypada dojść do wniosku, że używając przywołanych pojęć w ścisłym ich znaczeniu należałoby niejednokrotnie mówić raczej o zasadzie należytej weryfikacji, względnie kontroli, nie zaś nadzorze; biorąc pod uwagę, że – jak unaoczni to dalsza analiza – proces oceny zachowań współdziałających może przybierać różne formy i nie zawsze przydane są mu jurydycznie atrybuty władczej korekty. Niemniej jako że figura stylistyczna w postaci „zasady należytego nadzoru” przyjęła się w literaturze poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych[199], można pozostać – w ramach także i niniejszej pracy – przy stosowaniu przywołanego określenia jako umownej nazwy nadanej regule ostrożności wskazującej, w jaki sposób powinno przejawiać się krytyczne podejście do zachowań współdziałających i jakie powinno przybierać natężenie i formy w zależności od okoliczności konkretnego przypadku. W pozostałym zaś zakresie – warto pozostać wiernym siatce pojęć zaczerpniętych z nauki administracji i prawa administracyjnego, w znaczeniu nadawanym im w przeprowadzonym przeglądzie literatury.

4.3. Specyfika podporządkowania w podmiocie leczniczym a atrybuty władzy nadzorczej

4.3.1. Struktury poziome i pionowe współdziałania w zespole medycznym

Jako że ogólnie pojmowana powinność baczenia na działalność współleczących wiązana jest z określonym rodzajem stosunków społecznych, a mianowicie ze współdziałaniem w konstelacjach cechujących się zhierarchizowaniem[200] – warto

[198] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 48-49.

[199] Zob. M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 107-128; A. Dąbek, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 2015, s. 121-126.

[200] Na powiązanie takie kładzie nacisk: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 184-198; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, *passim*, w szczególności zaś, s. 23-31; taż, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 53 i 55; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 429-435.

rzucić nieco światła na zależności zachodzące pomiędzy pracownikami medycznymi; eksponując charakterystyczne dla zależności nadzorczej więzy o podłożu jurydycznym.

W literaturze podkreśla się, że stosunki łączące poszczególnych członków zespołów medycznych mogą przybierać formę struktur poziomych (horyzontalnych) albo pionowych (wertykalnych)[201]. Egzemplifikację struktury horyzontalnej stanowić może współpraca w ramach zespołów złożonych z wykwalifikowanych specjalistów w różnych dziedzinach, prezentujących podobnie wysoki poziom przygotowania zawodowego i legitymujących się zbliżoną samodzielnością decyzyjną. Dla procesu udzielania świadczeń zdrowotnych za równie charakterystyczne należy uznać jednakowoż współdziałanie w różnego rodzaju układach wertykalnych. Ich zróżnicowanie może przejawiać się mianowicie w postaci układów sformalizowanych, wynikających w szczególności z podległości organizacyjnej (służbowej), jak i mieć charakter zależności faktycznych tego typu, że determinują one przekonanie wśród członków danego zespołu, że sytuacja – w jakiej się wspólnie znaleźli – od jednych z nich wymaga posłuszeństwa, innych zaś uprawnia do wydawania wiążących dyspozycji, mimo że formalnie pomiędzy podmiotami tymi nie zachodzi stosunek typu przełożony – podwładny. Sztandarowym przykładem instytucji, w której uwidaczniają się obie wskazane formy zależności może być właśnie podmiot leczniczy, w ramach działalności którego występuje zjawisko podległości służbowej, lecz jednocześnie (równolegle) istnieje pewnego rodzaju nieformalna hierarchia, wynikająca ze zróżnicowania zasobu wiadomości i doświadczenia poszczególnych pracowników medycznych, a w konsekwencji rodząca w świadomości osób o niższych kwalifikacjach poczucie konieczności podporządkowania się kierownictwu lub poleceniom tych, którzy przewyższają je swą wiedzą, umiejętnościami i kompetencjami.

Przyjmując, że nie bez racji na plan pierwszy wysuwa się w literaturze podział na formalnie bądź nieformalnie warunkowane układy poziome i pionowe współdziałania, a przy tym kontrolę i nadzór ściśle wiąże się z konstelacjami cechujących się

[201] W kontekście współdziałania w zespołach medycznych podział taki przeprowadza: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 184-198; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, *passim*, w szczególności zaś, s. 23-31; taż, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 53 i 55; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 429-435.

zhierarchizowaniem[202], na okoliczność próby pogłębienia tematu warto poczynić trzy precyzujące – i jednocześnie nieco wyprzedzające dalsze rozważania – zastrzeżenia.

Otóż – po pierwsze – aprobując kluczowe znaczenie wspomnianego podziału, nie powinno jednakowoż ujść uwadze, że w nauce organizacji i zarządzania poza zasadniczym rozróżnieniem na „strukturę smukłą" i „strukturę płaską" wprowadza się choćby takie typy struktur organizacyjnych jak „funkcjonalne", „procesowo-zadaniowe", „macierzowe" i „sieciowe"[203]. Ponadto, jak można sądzić, poza podstawowymi, wyjściowymi modelami teoretycznymi – w bardziej złożonych okolicznościach, zwłaszcza zaś z uwagi na wielość podmiotów uczestniczących w danej aktywności – stosunki społeczne mogą przybierać formę układów mieszanych[204].

Po drugie godnym podkreślenia jest fakt, że – jak już wspomniano w kontekście rozważań terminologicznych – funkcja nadzoru nie musi występować wyłącznie jako jeden z komponentów kierownictwa; wszak może być sprawowana nad osobą, która nie podlega nadzorującemu w sensie organizacyjnym (np. hierarchia służbowa determinowana stosunkiem pracy), lecz funkcjonalnie (np. zależność nadzorcza wnikająca z ustawowo przyznanych kompetencji i zadań).

Po trzecie, nie negując zjawiska obejmowania merytoryczną pieczą mniej kompetentnych kolegów – którego źródła można doszukiwać się skądinąd w przyjętych zwyczajach zawodowych[205] – należy jednakowoż pozostawić je na marginesie głównego nurtu bieżących rozważań, a skoncentrować się na wyeksponowaniu normatywnych czynników kształtujących relacje nadrzędności i podporządkowania zachodzące pomiędzy członkami załogi medycznej. O ile bowiem w przypadku ogólnej kontroli – powinności jej poczynienia i uprawnienia do tego rodzaju interwencji można upatrywać w samej zasadzie ograniczonego zaufania; o tyle w przypadku nadzoru – jak już wzmiankowano – musi istnieć ku temu wyraźna podstawa prawna, chociażby w postaci

---

[202] Na powiązanie takie kładzie nacisk: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 184-198; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, *passim*, w szczególności zaś, s. 23-31; taż, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 53 i 55; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 361 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 429-435.

[203] Zob. np. M. Kautsch (red.), *Zarządzanie* …, 2015, s. 37-41.

[204] W tym tonie: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 397.

[205] Por. np.: art. 10 KEL, zgodnie z którym „lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych", jeżeli zaś „zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi"; oraz art. 53 KEL stanowiący, że „doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych".

zakresu obowiązków: jednej osobie przyznającego kompetencje kierownicze w danej jednostce organizacyjnej, drugą zaś stawiającego w pozycji podporządkowania. Nie wystarczy zatem li tylko obyczaj panujący w danym środowisku pracowniczym, aby wywodzić z niego prawo i obowiązek władczej korekty działalności poddawanej oglądowi, stanowiącej wszak wyróżnik czynności nadzorczych na tle innych pokrewnych mu funkcji. Stąd – nie wchodząc głębiej tę złożoną problematykę, pozostającą na styku prawa pracy, teorii i psychologii zarządzania oraz organizacji ochrony zdrowia – godzi się choćby zidentyfikować, posiadające osadzenie w regulacjach normatywnych lub aktach o znaczeniu prawnym, determinanty podporządkowania personelu podmiotu leczniczego.

Jak zauważa D. Karkowska, w obliczu dynamicznego postępu naukowego i technicznego oraz wzrostu kwalifikacji i kompetencji przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych – które to czynniki stały się głównym bodźcem do zapoczątkowania dyskusji o zmianie tradycyjnego modelu podporządkowania pracowniczego w podmiocie leczniczym – można zaobserwować dwutorowość zmian zachodzących sektorze opieki zdrowotnej; a mianowicie: po pierwsze „dawne sformalizowanie struktury organizacyjnej szpitali, opartej na systemie hierarchicznej zależności między pracownikami, zastępuje się nowoczesnym systemem zależności, opartym na wzajemnych powiązaniach z wykorzystywaniem wiedzy i doświadczenia pracowników medycznych będących ekspertami w określonej dziedzinie"; po drugie zaś „kierownictwo pracodawcy (podporządkowanie) widoczne jest wyraźnie w stosunku do pracowników medycznych niskiego szczebla, zwłaszcza wykonujących prace mało zindywidualizowane", „poza typowy kanon pracy podporządkowanej wykraczają natomiast osoby wykonujące samodzielne zawody medyczne, do których konieczne są specjalistyczne kwalifikacje"[206]. Pogląd autorki warto uczynić punktem wyjścia do dalszych rozważań. Kierując się bowiem uwarunkowaniami, na które zwróciła ona uwagę, w tych właśnie obszarach wypada poszukiwać prawnych podstaw zhierarchizowania, a można je sygnalizacyjnie określić mianem: po pierwsze – modelu zarządzania w podmiocie leczniczym, po drugie – rodzaju zatrudnienia, po trzecie zaś – zakresu autonomii określonego profesjonalisty medycznego; przy czym warto uzupełnić je o jeden jeszcze czynnik, mający silne jurydyczne osadzenie, w postaci

[206] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 365.

(po czwarte) – relacji zależności wynikającej z odbywania, w danym podmiocie i pod opieką konkretnej osoby, szkolenia przeddyplomowego bądź podyplomowego.

4.3.2. Normatywnie warunkowany system zarządzania podmiotem leczniczym

Rozpoczynając od determinanty w postaci koncepcji zarządzania podmiotem leczniczym i jego jednostkami organizacyjnymi należy zauważyć, że w literaturze przedmiotu ze szczególną atencją traktuje się modele prowadzenia oddziałów szpitalnych; wśród nich wyróżniając: ordynatorski oraz konsultancki, względnie modele mieszane[207]. Ujmując problematykę w – podyktowanym ramami niniejszej pracy – uproszczeniu, można w następujący sposób zdefiniować różnice między nimi. Otóż w ramach modelu ordynatorskiego oddział kierowany jest przez ordynatora, który – poza leczeniem pacjentów i zwierzchnictwem nad sferą administracyjną i gospodarczą – sprawuje fachowy nadzór nad lekarzami pracującymi na podległym mu oddziale, jako ich przełożony[208]. Z kolei w modelu konsultanckim oddział zarządzany jest przez kierownika oddziału, odpowiedzialnego za czynności administracyjne i gospodarcze, nie sprawującego natomiast fachowego nadzoru nad lekarzami, którzy – będąc samodzielnymi konsultantami – nie pozostają w stosunku zależności względem niego w zakresie procesu leczenia pacjentów[209].

---

[207] Zob. Z. Kubot, *Ordynatorskie i nieordynatorskie systemy prowadzenia oddziałów szpitalnych*, PiM 2007, Nr 26, s. 18 i n.; P. Łuków, I. Wrześniewska-Wal, *Ordynator a konsultant: możliwość i zasadność zmian w polskiej służbie zdrowia*, PiM 2007, Nr 26, s. 34 i n.; K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *System ordynatorski vs. system konsultancki*, Zdr.Publ. 2008, Nr 118, s. 206-209; M. Striker, *Ordynator czy koordynator? Przekształcenia publicznych szpitali a role i zadania kierownika oddziału*, ZZL 2011, Nr 79, s. 105-119; Zob. też: Z. Kubot, *Status ordynatora*, PiM 2001, Nr 10, s. 60; G. Caldwell, *Is leadership a useful concept in healthcare?*, Leadership in Health Services 2014, Nr 27, s. 185-192; M. Striker, *Zmiany w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych w publicznym szpitalu*, EEiM 2016, Nr 40, s. 135-150; Por. M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność cywilna za działania zespołów lekarskich* [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 41 i n. – w zakresie, w jakim autor omawia koncepcje: *Captain of the Ship* oraz *Borrowed Servant.*

[208] Tak np.: Z. Kubot, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 18 i n.; K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *System* …, 2008, s. 207 i n.; D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 368 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 398.

[209] Tak np.: Z. Kubot, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 18 i n.; K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *System* …, 2008, s. 207 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 398-399; Przy czym w ocenie Z. Kubota: „Fundamentalne znaczenie w systemie konsultanckim ma status lekarza-konsultanta (lekarza-specjalisty) i jego pozycja wobec osoby prowadzącej oddział szpitalny. Konsultant powinien mieć ustalone i zagwarantowane uprawnienia do samodzielnego leczenia pacjentów. Odpowiednio należy kształtować pozycję zespołu konsultantów. W zakresie leczenia pacjentów konsultant czy zespół konsultantów nie może być ograniczony decyzjami osoby prowadzącej oddział (kierującej oddziałem) co do metod leczenia. Osoba prowadząca oddział może sprawować kierownictwo oraz nadzór o charakterze organizacyjnym. Dyskusji wymaga kwestia sprawowania nadzoru fachowego" – tenże, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 30.

W polskim systemie ochrony zdrowia jako dominujący postrzega się model ordynatorski, choć głównie z perspektywy historycznej[210]. Wprawdzie znajduje on odbicie w obecnie obowiązujących uregulowaniach prawnych, dedykowanych podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami[211]; niemniej – jak można ocenić – „ustawodawca umożliwił wprowadzenie różnych modeli zarządzania i kierowania w każdym podmiocie leczniczym, co oznacza dowolność w zakresie kształtowania więzi hierarchicznych (służbowych) i funkcjonalnych"[212]. A ponadto – co warto zaznaczyć – „tradycyjny system ordynatorski z ordynatorem jako zwierzchnikiem służbowym oraz podlegającymi mu w ramach stosunku pracy lekarzami-asystentami, uległ zmianom w następstwie angażowania lekarzy na podstawie kontraktów cywilnoprawnych"[213]; ze wszystkimi tego konsekwencjami w sferze prawnej. Ta ostatnia uwaga wprowadza w problematykę drugiej determinanty, a mianowicie właściwości zatrudnienia, który to faktor należy nałożyć na wcześniej nakreślone uwarunkowania.

4.3.3. Status prawny profesjonalisty medycznego wynikający z rodzaju zatrudnienia

Zdaje się nie wymagać obrony twierdzenie, iż świadczenie pracy przez profesjonalistów medycznych może odbywać się na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, względnie w ramach praktyk zawodowych[214]. Natomiast rodzaj

---

[210] Zob. Z. Kubot, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 19 i n.; P. Łuków, I. Wrześniewska-Wal, *Ordynator* …, 2007; K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *System* …, 2008, s. 206 i n.; M. Striker, *Ordynator* …, 2011, s. 105 i n.; taż, *Zmiany* …, 2016, s. 141.

[211] Zob. art. 49 u.działaln.leczn., wyznaczającym ramy prawne obsadzania wyższych stanowisk w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, tj. „1) kierownika; zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem; ordynatora; naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek; pielęgniarki oddziałowej". Godzi się jednak podkreślić przy tym, że przywołany przepis nie statuuje obowiązku utworzenia i obsadzenia stanowisk w nim wymienionych, a wskazuje jedynie, iż utworzenie ich i obsadzenie w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą łączy się z obowiązkiem przeprowadzenia postępowania konkursowego. Co więcej, choć można uznać to za obejście uregulowań ustawowych, wymieniony w przepisie rodzaj struktury organizacyjnej nie musi zostać przyjęty w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, tym bardziej zatem nie ma takiego wymogu w stosunku do innych podmiotów leczniczych. Warto pamiętać bowiem, że zgodnie z art. 23 i 24 ust. 1 pkt 3 i 13 w zw. z art. 42 u.działaln.leczn. – o strukturze organizacyjnej danego podmiotu leczniczego w zakresie nieuregulowanym w tejże ustawie lub statucie przesądza kierownik w regulaminie organizacyjnym danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

[212] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 371.

[213] Z. Kubot, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 21-22; Tak też: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 375-376; Zob. także – w zakresie skali zjawiska: M. Striker, *Ordynator* …, 2011, s. 110.

[214] Przy czym, w tym ostatnim przypadku problem podległości nie występuje z uwagi na brak podmiotu, względem którego mogłaby ona zachodzić; chyba że jest to praktyka w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład. Aczkolwiek wówczas można rozważyć co najwyżej podporządkowanie o charakterze nieformalnym. Podobnie należy ocenić zależności łączące pracowników medycznych będących wspólnikami albo partnerami w spółce cywilnej, jawnej albo

zawartej umowy w sposób zasadniczy różnicuje ich status prawny, w tym w sferze podległości służbowej[215]. Wprawdzie właściwości zatrudnienia (pracowniczego, niepracowniczego typu cywilnoprawnego lub samozatrudnienia) determinowane są postanowieniami kontraktu łączącego osobę wykonującą zawód medyczny z pracodawcą, zlecającym albo udzielającym zamówienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna o zatrudnienie, umowa o świadczenie usług medycznych); niemniej nie ulega wątpliwości, że to właśnie zatrudnienie pracownicze należy wiązać z koncepcją pracy podporządkowanej. Wszakże realizacja czynności zawodowych na postawie stosunku pracy, w przeciwieństwie do innych form zatrudnienia, sprowadza się – zgodnie z art. 22 § 1 K.p. – do wykonywania ich „na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem". Z pozoru więc problem podporządkowania służbowego można by uznać za sprowadzający się do ustalenia specyfiki umowy, przy użyciu dwóch wspomnianych kryteriów, tj. „podporządkowania pracowniczego" oraz „kierownictwa pracodawcy", uważanych za elementy kluczowe zatrudnienia pracowniczego, właściwe prawu pracy i niewystępujące w zatrudnieniu cywilnoprawnym; w istocie jednak wzmiankowana kwestia nie przedstawia się tak prosto jak wskazywałoby na to brzmienie cytowanego przepisu oraz klasyczne rozumienie przywołanych kategorii pojęciowych[216]. W obliczu bowiem najnowszych doniesień doktryny prawa pracy, materia ta rysuje się

partnerskiej, które to spółki są przepisanymi formami prowadzenia grupowych praktyk: lekarskiej (dentystycznej), pielęgniarskiej (położniczej) i fizjoterapeutycznej. Na marginesie warto dodać, że inaczej – rzecz jasna – należy rozpatrywać przypadek zatrudnienia przez indywidualną (bądź indywidualną specjalistyczną) praktykę zawodową osoby wykonującej czynności pomocnicze oraz relacje pomiędzy zatrudnionym a zatrudniającym w takim układzie sytuacyjnym, np. pielęgniarki względem zatrudniającego ją lekarza działającego jako indywidulana praktyka zawodowa; Zob. art. 5 u.działaln.leczn., zgodnie z którym lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne i fizjoterapeuci mogą wykonywać swoje zawody w ramach praktyk zawodowych w formach przepisanych w tym artykule, tj. np. w przypadku lekarzy – „w formie: a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska".

[215] Zob. szerzej: Z. Kubot, *Formy zatrudniania lekarzy w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2000, Nr 5, s. 127 i n.; tenże, *Umowa o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne*, PiM 2000, Nr 8, s. 16 i n.; tenże, *Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki i położne*, PiM 2001, Nr 9, s. 17 i n.; tenże, *Samozatrudnienie nauczycieli akademickich uczelni medycznej w szpitalu klinicznym* [w:] J. Mazurkiewicz (red.), *Księga dla naszych kolegów*, Wrocław 2013, s. 229 i n.

[216] Zob. szerzej: T. Duraj, *Tradycyjne ujęcie pracowniczego podporządkowania – wybrane problemy prawne*, SPE 2011, Nr 83, s. 35-61; tenże, *Ewolucja pracowniczego podporządkowania jako cechy konstytutywnej stosunku pracy w świetle przepisów prawa pracy*, SIL 2015, Nr 3, s. 159-179.

jako znacznie bardziej złożona[217]; co skłania do choćby zasygnalizowania głównego nurtu interpretacyjnego, jakim zdaje się być aktualnie koncepcja „podporządkowania autonomicznego".

Otóż formuła ta wypracowana została w orzecznictwie sądowym, w którym podnosi się, że tradycyjne „pojęcie podporządkowania pracownika pracodawcy ewoluuje w miarę rozwoju stosunków społecznych", zaś „w miejsce dawnego systemu ścisłego hierarchicznego podporządkowania pracownika i obowiązku stosowania się do dyspozycji pracodawcy, nawet w technicznym zakresie działania, pojawia się nowe podporządkowanie autonomiczne polegające na wyznaczaniu pracownikowi przez pracodawcę zadań bez ingerowania w sposób wykonania tych zadań"[218]. Zgodnie z wyr. Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2017 r. – którego uzasadnienie przez wzgląd na kompleksowość ujęcia tematu warto zacytować niemal *in extenso* – „jako cechy kreujące stosunek pracy i wyróżniające go od innych stosunków prawnych zwykle wskazuje się: określony czas pracy i miejsce wykonywania czynności pracowniczych, podpisywanie listy obecności oraz obowiązek przestrzegania norm pracy, obowiązek wykonywania poleceń przełożonych, wykonywanie pracy zmianowej i stała dyspozycyjność, dokładne określenie miejsca i czasu realizacji powierzonego zadania oraz jego wykonywanie pod nadzorem kierownika. Są to jednak cechy «zwykłego» stosunku pracy. (…) Niewątpliwie inna jest natomiast charakterystyka stosunku pracy osób zarządzających zakładem pracy w imieniu pracodawcy, a także specjalistów zatrudnionych na stanowiskach niezależnych (samodzielnych). Osoby takie mogą być bowiem zatrudnione na podstawie stosunku pracy, w ramach którego wykonywanie pracy

---

[217] Zob. szerzej: T. Duraj, *Podporządkowanie pracowników zajmujących stanowiska kierownicze w organizacjach*, Warszawa 2013; A. Piszczek, *Odrębności podporządkowania pracownika w nietypowych umownych stosunkach pracy*, Łódź 2016 – Autorzy przeprowadzają kompleksową analizę tematu, w tym w zakresie ewolucji rozumienia pojęć „podporządkowania pracowniczego" oraz „kierownictwa pracodawcy" w doktrynie i judykaturze; Zob. też: L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 2011.

[218] Wyr. SN z dnia 7 września 1999 r., I PKN 277/99, OSNP 2001, Nr 1, poz. 18; W tym tonie także: wyr. SN z dnia 9 września 2004 r., I PK 659/03, OSNP 2005, Nr 10, poz. 139; wyr. SN z dnia 7 marca 2006 r., I PK 146/05, OSNP 2007, Nr 5-6, poz. 67; wyr. SN z dnia 15 stycznia 2007 r., I UK 208/06, LEX Nr 470025; wyr. SN z dnia 7 kwietnia 2010 r., II UK 357/09, OSNP 2011, Nr 19-20, poz. 258; wyr. SN z dnia 12 maja 2011 r. II UK 20/11, OSNP 2012, Nr 11-12, poz. 145; wyr. SN z dnia 8 czerwca 2017 r., I UK 240/16, LEX Nr 2375939; Aprobująco w literaturze: B. Bury, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy*, PiP 2006, Nr 9, s. 63; L. Mitrus, *Podporządkowanie pracownicze jako zmieniająca się cecha stosunku pracy* [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne* …, 2011, s. 130; Krytycznie lub sceptycznie w literaturze: A. Drozd, *Przemiany pojęcia „stosunek pracy" – wpływ orzecznictwa czy prawa sędziowskiego?* [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne* …, 2011, s. 78; T. Liszcz, *W sprawie podporządkowania pracownika* [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne* …, 2011, s. 121; M. Raczkowski, *O podporządkowaniu autonomicznym – krytycznie* [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), *Współczesne* …, 2011, s. 132.

podporządkowanej ma cechy specyficzne, odmienne od «zwykłego» stosunku pracy”[219]. Jak motywuje skład orzekający w dalszej części wywodu: „kształt podporządkowania pracowniczego może być różny w zależności od pełnionej funkcji czy też stanowiska. O ile bowiem archetypem pracy podporządkowanej była prosta fizyczna praca, o tyle współcześnie wobec nowych warunków społeczno-gospodarczych, rozwoju techniki, organizacji pracy, teleinformatyki i innych pojęcie podporządkowania ewoluuje, aż po tzw. podporządkowanie autonomiczne, w którym pracownik otrzymuje jedynie zadania do wykonania, samodzielnie jednak decyduje o sposobie ich realizacji. Mimo że pojęcie «podporządkowania autonomicznego» występujące w doktrynie i orzecznictwie nie zostało zdefiniowane w przepisach prawa pracy, należy zatem przyjąć, że «podporządkowanie autonomiczne» polega na wyznaczaniu pracownikowi przez pracodawcę zadań i nieingerowaniu w sposób wykonania tych zadań. Innymi słowy, podporządkowanie autonomiczne polega na tym, że pracownik otrzymuje jedynie zadania do wykonania. Samodzielnie decyduje zaś o sposobie ich realizacji. Pracownik świadczący pracę w warunkach podporządkowania autonomicznego sam organizuje sobie pracę oraz nie pozostaje pod stałym i bezpośrednim nadzorem osoby działającej w imieniu pracodawcy. Pracowniczego podporządkowania nie można bowiem utożsamiać z permanentnym nadzorem (obserwacją) przełożonego nad sposobem, czy też właściwym tempem wykonywanych czynności pracowniczych, gdyż wystarczy wskazanie zadania i zakreślenie terminu jego wykonania, a następnie kontrola jakości i terminowości wykonanej pracy. (…) W przypadku osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych i samodzielnych pracodawca ma wręcz prawo oczekiwać ich aktywności w zakresie sposobu wykonywania pracy”[220]. Warto jednakowoż wyraźnie zastrzec przy tym, że w ocenie Sądu Najwyższego: pracownik – mimo swej autonomii – nie jest samodzielny w zakresie określania bieżących zadań, jako że należy to do sfery uprawnień pracodawcy organizującego proces pracy[221]; w której to wciąż pozostaje także uprawnienie pracodawcy do wydawania wiążących poleceń dotyczących pracy, będące przejawem podporządkowania pracowniczego, w tym również w odniesieniu do osób zatrudnionych w warunkach autonomicznego podporządkowania[222].

[219] Wyr. SN z dnia 8 czerwca 2017 r., I UK 240/16, LEX Nr 2375939.

[220] Tamże.

[221] Wyr. SN z dnia 18 lutego 2016 r., II PK 352/14, LEX Nr 2004192; wyr. SN z dnia 8 czerwca 2017 r., I UK 240/16, LEX Nr 2375939.

[222] Wyr. SN z dnia 8 czerwca 2017 r., I UK 240/16, LEX Nr 2375939.

Zarysowana tendencja do autonomizacji pracy szczególnie dobrze uwidacznia się w sektorze ochrony zdrowia. Od lat podkreśla się bowiem, że „lekarze należą do kategorii pracowników, którzy korzystają ze znacznej obiektywnej niezależności w wykonywaniu obowiązków z tytułu posiadanych kwalifikacji”[223]. Jak zauważa G. Rejman, w stosunkach między pracownikami medycznymi nie może być mowy o powiązaniach występujących w administracji publicznej[224]; gdzie „zwierzchność organu wyższego stopnia wobec organu niższego stopnia może iść bardzo daleko i przybierać postać kierownictwa, które wyraża najściślejszą więź łączącą podmioty w ramach danej struktury” – w skrajnym ujęciu polegającą na „całkowitym podporządkowaniu personalnym i służbowym organu niższego stopnia organowi wyższego stopnia (tzw. hierarchiczne podporządkowanie)”[225].

Zdaniem Z. Kubota „zakład pracy może określić, co lekarz powinien robić”; „natomiast ingerencja poleceniami wyznaczającymi sposób leczenia (jak leczyć) jest ograniczona i może występować tylko w pewnych szczególnych sytuacjach lub wobec lekarzy zatrudnionych na niższych stanowiskach”[226]. Jak wskazuje on jednak w kwestii weryfikacji aktywności podejmowanej przez przedstawicieli omawianej grupy zawodowej: „w działalności fachowej lekarza należy wyróżnić dwie sfery (płaszczyzny)”, a mianowicie „sferę samodzielności obejmującą wybór przez lekarza metod i środków leczniczych zgodnych z osiągnięciami wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej” oraz „sferę podporządkowania obejmującą podległość lekarza kontroli i nadzorowi przełożonych lub innych wyspecjalizowanych podmiotów”[227]. W ocenie autora: „samodzielność lekarza-pracownika odnosi się zasadniczo do sfery czynności zawodowych: leczenia, diagnozy, zapobiegania chorobom oraz wydawania orzeczeń lekarskich. W zakresie czynności (obowiązków) organizacyjnych lekarz-pracownik

[223] Z. Kubot, *Formy* …, 2000, s. 130; Tak też: tenże, *Podporządkowanie* …, 1979, s. 15 i n.; W tym tonie również – w nowszej literaturze: A. Korytowska, *Problem podporządkowania lekarza w stosunku pracy* [w:] Z. Niedbała, M. Skąpski (red.), *Problemy zatrudnienia we współczesnym ustroju pracy. Księga jubileuszowa na 55-lecie pracy naukowej i dydaktycznej Profesora Włodzimierza Piotrowskiego*, Poznań 2009, s. 81 i n.; D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 363 i n.

[224] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 64.

[225] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 49.

[226] Z. Kubot, *Podporządkowanie* …, 1979, s. 28.

[227] Z. Kubot, *Podporządkowanie* …, 1979, s. 27-28; W tym tonie: D. Adamska, *Podporządkowanie lekarza zatrudnionego w państwowym zakładzie leczniczym*, NP 1973, Nr 12, s. 1769 i n.; S. Piwnik, *Jeszcze o pojęciu podporządkowania pracownika w świetle polskiego prawa pracy*, NP 1980, Nr 2, s. 105; D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 364-367; orzecz. SN z dnia 10 września 1953 r., II C 2527/52, OSNCK 1954, Nr 2, poz. 50; orzecz. SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7.

podlega kierownictwu pracodawcy na powszechnych zasadach”[228]. Niemniej – jak zastrzega on w dalszej części rozważań – również wykonywanie czynności medycznych podlega kontroli i nadzorowi, wszak „kontrola i nadzór nie niweczą samodzielności lekarza, ale nadają jej ograniczony charakter. Lekarz mając prawo wyboru metod i sposobów leczenia musi liczyć się ze sprawdzeniem prawidłowości i oceną jego postępowania oraz różnymi wynikającymi stąd konsekwencjami”[229]. Podejście to zdaje się wpisywać w koncepcję autonomicznego podporządkowania, wedle której – na co uwagę zwraca A. Supiot – wprawdzie „pracownicy są bardziej poddani obowiązkowi uzyskania wyników, aniżeli obowiązkowi stosowania określonych środków, aby je osiągnąć”, niemniej „kontrola pracownika nie zanika, jedynie jej przedmiot ulega zmianie”; „zamiast dotyczyć sposobu, w jaki dana czynność jest wykonywana, dotyczy bardziej wyników tej czynności”[230].

Również D. Karkowska – nawiązując do przeprowadzanego w literaturze i orzecznictwie rozróżnienia[231] – wyodrębnienia dwie sfery podporządkowania osób wykonujących zawody medyczne w zatrudnieniu pracowniczym, tj. podporządkowanie dyrektywalne (wewnętrzne), utożsamiane z obowiązkiem stosowania się do poleceń przełożonych oraz podporządkowanie organizacyjne (zewnętrzne), wiązane z stanem organizacyjnej zależności pracownika od podmiotu zatrudniającego[232]. W jej ocenie „sfera podporządkowania organizacyjnego (zewnętrznego) pokrywa się w pewnym stopniu z koncepcją podporządkowania autonomicznego”, znajdującą zastosowanie do pracowników medycznych[233]. „Ze względu na charakter wykonywanej pracy lekarze mogą podejmować niezależnie merytoryczne decyzje dotyczące sposobu wykonywania pracy”, nie zmienia to jednakże faktu, że „pozostają w zależności formalnej wobec pracodawcy”[234]. Przy czym, dysponowanie przez nich swobodą w zakresie diagnozy i terapii nie stoi na przeszkodzie ich organizacyjnemu podporządkowaniu”[235]. Autonomia

[228] Z. Kubot, *Formy* …, 2000, s. 130-131.

[229] Z. Kubot, *Podporządkowanie* …, 1979, s. 28; tenże, *Formy* …, 2000, s. 131.

[230] A. Supiot, *Zatrudnienie pracownika i zatrudnienie niezależne* [w:] *Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego*, Warszawa 1999, s. 148-149.

[231] Zob. D. Adamska, *Podporządkowanie* …, 1973, s. 1769 i n.; Z. Kubot, *Podporządkowanie* …, 1979, s. 15 i n.; S. Piwnik, *Jeszcze* …, 1980, s. 105; Zob. też: orzecz. SN z dnia 10 września 1953 r., II C 2527/52, OSNCK 1954, Nr 2, poz. 50; orzecz. SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7.

[232] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 364.

[233] Tamże, s. 364 i 367.

[234] Tamże, s. 367.

[235] Tamże, s. 366.

ich polega bowiem na tym, że to „uprawnienia dyrektywalne pracodawcy, rozumiane jako prawo wydawania poleceń dotyczących wykonywania pracy, zostają niemalże wyłączone, ograniczając się do wyznaczania zadań do wykonywania”[236].

Wskazane uwarunkowania nie pozostają bez wpływu na obowiązki i uprawnienia nadzorcze w zespole medycznym, jako że przesuwają na plan dalszy – charakterystyczne dla czynności nadzorczych – atrybuty władcze pracodawcy. Innymi słowy: „władza kierownicza już nie działa w samym centrum świadczenia pracy, ale na jego peryferiach, w stosunku do warunków wykonywania tego świadczenia”; zaś „więzy podporządkowania zamazują się i znacznie trudniej jest je wykazać”[237]. Warto w tym kontekście podnieść, że w konsekwencji rozmywa się również linia demarkacyjna pomiędzy stosunkiem pracowniczym a cywilnoprawnym. W ocenie Z. Kubota realizacja usług medycznych na podstawie umów cywilnoprawnych nie wiąże się na ogół z zasadniczą zmianą warunków wykonywania pracy w porównaniu z warunkami świadczenia pracy przez pracowników; zwykle jest to bowiem praca w tych samych jednostkach organizacyjnych i zespołach personelu medycznego oraz zgodnie z ogólnie przyjętą w danym podmiocie leczniczym organizacją i porządkiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych[238]. Oznacza to, że osoby wykonujące zawody medyczne pozostające w stosunku cywilnoprawnym w wielu aspektach podlegają ograniczeniom i rygorom, które dotyczą również pracowników, zaś w umowach tego rodzaju siłą rzeczy muszą pojawiać się „elementy o charakterze organizacyjnego podporzadkowania identyczne lub zbliżone do podporzadkowania pracownika”[239]. Co więcej – jak podnosi autor – choć kontrakty cywilnoprawne wyeliminowały, przynajmniej formalnie, zależność służbową, to paradoksalnie jednak, z uwagi na osłabioną stałość zatrudnienia, świadczenie pracy w ramach stosunków cywilnoprawnych pozwala na większe faktyczne uzależnienie profesjonalistów medycznych aniżeli umowa o pracę, mimo że cywilnoprawny status wyłącza możliwość bieżącego kierowania za pomocą poleceń[240]. Wprawdzie bowiem „formy oddziaływania ordynatora z poleceń przełożonego zmieniły się na wskazówki, fachowe wskazówki, zlecenia ordynatorskie”,

[236] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 367.

[237] A. Supiot, *Zatrudnienie* … [w:] *Referaty* …, 1999, s. 144.

[238] Z. Kubot, *Formy* …, 2000, s. 129.

[239] Tamże.

[240] Z. Kubot, *Formy* …, 2000, s. 137; Tak też: tenże, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 21-22; Autor określa tego rodzaju stosunki wręcz jako „poddaństwo w samodzielności” lub „feudalne stosunki typu cywilnoprawnego” – tamże, s. 22.

niemniej w praktyce wypowiedzi ordynatora traktowane są jak polecenia służbowe[241]. Sytuację tę dodatkowo komplikuje wprowadzenie do porządku prawnego pojęcia kierownictwa zlecającego[242], które – zdaniem Z. Kubota – nie może być traktowane wyłącznie jako swoiste pojęcie prawa podatkowego, ale jako uniwersalny termin polskiego systemu prawa[243]. Jakkolwiek – w ocenie autora – „kierownictwo zamawiającego (zlecającego) usługi różni się od kierownictwa pracodawcy, pod względem podstaw prawnych oraz form kierowania", gdyż „nie może obejmować poleceń konkretyzujących obowiązki lekarza", lecz co najwyżej może polegać na „udzielaniu wskazówek, fachowych wskazówek, zaleceń, koordynowaniu pracy, kontroli wykonywania pracy"[244].

4.3.4. Przynależność do grupy zawodowej korzystającej z ustawowo umocowanego przywileju samodzielności

Podążając nurtem dotychczasowych rozważań siłą rzeczy musi zrodzić się wątpliwość czy ze wspomnianej samodzielności mogą korzystać jedynie lekarze, czy może formuła autonomicznego podporządkowania znajduje zastosowanie także w odniesieniu do tzw. „personelu pomocniczego". Jak się wydaje, problem można sprowadzić do pytania o ustawowy zakres samodzielności zawodowej innych niż lekarz (lekarz dentysta) profesjonalistów medycznych, mając zarazem na względzie kwestię tego, komu osoby te – z lekarzami aktywnie i nieodłącznie współdziałające – służbowo podlegają. Nie wchodząc głębiej w tę tematykę – skądinąd omawianą już w literaturze[245] – wypada zasygnalizować na wstępie, że w katalogu zawodów medycznych uwzględnia się wiele profesji[246]; natomiast jedynie kilka z nich poddanych jest kompleksowemu

[241] Z. Kubot, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 22.

[242] Zob. art. 5b ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1128).

[243] Z. Kubot, *Kierownictwo zlecającego jako pojęcie prawne* [w:] Z. Góral (red.), *Z zagadnień współczesnego prawa pracy. Księga jubileuszowa Profesora Henryka Lewandowskiego*, Warszawa 2009, s. 128.

[244] Z. Kubot, *Samozatrudnienie* … [w:] J. Mazurkiewicz (red.), *Księga* …, 2013, s. 229-230.

[245] Zob. szerzej – w kwestii katalogu zawodów medycznych: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 71-129.

[246] Wśród zawodów medycznych wymienia się takie jak: asystentka stomatologiczna, diagnosta laboratoryjny, dietetyk, farmaceuta, fizjoterapeuta, higienistka stomatologiczna, inspektor ochrony radiologicznej, instruktor terapii uzależnień, koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, logopeda, opiekun medyczny, ortoptystka, pielęgniarka, położna, protetyk słuchu, ratownik medyczny, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda; Por. Zał. do rozp. MZ z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych

uregulowaniu na poziomie ustawowym[247]. Spośród zaś tych ostatnich warto nieco dokładniej przyjrzeć się statusowi pielęgniarki (położnej), fizjoterapeuty i ratownika medycznego, jako najściślej współpracującym z lekarzami członkom szeroko rozumianego zespołu terapeutycznego[248].

Do niedawna inne niż lekarz (lekarz dentysta) zawody medyczne postrzegane były jako zawody niesamodzielne[249]. Tradycyjnie zwykło się przyjmować, iż przywołani profesjonaliści pozostają wobec lekarza w stosunku podległości; ze wszystkimi tego konsekwencjami w sferze uprawnień (i powinności) nadzorczych nad ich pracą, wynikających ze zwyczajowo przydawanych lekarzom władczych atrybutów w tym zakresie[250]. Skądinąd z tego też faktu zdaje się czerpać konwencja określania ich mianem „personelu pomocniczego". Aktualne jednak regulacje, normujące zasady ich wykonywania, wyraźnie przesądzają o ich – przynajmniej częściowo – samodzielnym charakterze[251]. Otóż na tle obowiązujących rozwiązań prawnych można wyróżnić, pod względem stopnia autonomii zawodowej przyznawanej na ich podstawie, dwie sfery aktywności fachowej: po pierwsze – interwencje samodzielne (podejmowane

od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011, Nr 151, poz. 896); Zał. do rozp. MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz. 227); Zał. do rozp. Prez. RM z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji (Dz.U. z 2017 r. poz. 468).

[247] Zob. w zakresie zawodu: diagnosty laboratoryjnego – u.diagn.lab.; farmaceuty – u.zawod.farmaceut. i u.izb.aptek.; fizjoterapeuty – u.zawod.fizjoter.; pielęgniarki i położnej – u.zawod.pielęgn. i u.samorz.pielęgn.; ratownika medycznego – u.PRM; Zob. też: rozp. MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755).

[248] Zob. w pozostałym zakresie: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 308-340.

[249] Zob. szerzej – w ujęciu historycznym: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 178-217, 325-333, 336-338; Zob. też: K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, SIT 2018, Nr 22, s. 25 i n.

[250] Na zjawisko to uwagę zwraca: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 332 i 376-377; Zdarza się, że podejście takie znajduje odzwierciedlenie także w orzecznictwie sądowym – Zob. wyr. SN z dnia 27 marca 2000 r., I PKN 150/99, OSNP 2001, Nr 16, poz. 505; jak również w literaturze – Zob. G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 58; Autorka wyraźnie podkreśla pozycję lekarza jako kierownika zespołu pielęgniarek; Por. R. Tymiński, *Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty. Aspekty administracyjnoprawne*, Warszawa 2019, s. 71 i n.; tenże, R. Tymiński, *Odpowiedzialność* …, 2021, s. 79 – Zdaniem autora „lekarz odgrywa w systemie ochrony zdrowia rolę nadrzędną, która wyraża się w wielu jego kompetencjach i uprawnieniach".

[251] Zob. art. 2 u.zawod.pielęgn., zgodnie z którym zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi; art. 2 u.zawod.fizjoter., stanowiący że zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym; art. 11 u.PRM, stosownie do którego wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza.

z ich własnej inicjatywy, zgodnie z zakresem kompetencji zawodowych)[252]; po drugie – czynności zależne (wykonywane wyłącznie na zlecenie albo na podstawie skierowania)[253]. Przy czym – jak można ocenić – nie tylko realizując z własnej inicjatywy czynności zawodowe pozostają oni merytorycznie niezależni; lecz również działając na postawie zlecenia lub skierowania lekarskiego pracownicy medyczni je wykonujący są samodzielni zawodowo, z tym że w obrębie jego treści, poza którą co do zasady nie są uprawnieni wyjść.

Co więcej – jak podnosi Z. Kubot – „zleceń lekarskich nie należy traktować jako poleceń pracodawcy"[254]. Zlecenia lekarskie wydawane są pielęgniarce (położnej) „nie z tytułu realizowania przez lekarza uprawnień kierowniczych pracodawcy, ale ze względu na pełnienie czynności leczniczych" i jej udział w takich czynnościach[255]. Pielęgniarka (położna) – choć odbiera od lekarzy zlecenia, które jest obowiązana wykonać – służbowo podlega swojej bezpośredniej przełożonej, tj. pielęgniarce (położnej) koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek (położnych) lub oddziałowej, których rolą jest wydawanie poleceń służbowych, mających spowodować, aby podległe im osoby właściwie wykonywały zlecenia lekarskie[256]. Z kolei bezpośrednim przełożonym służbowym pielęgniarki (położnej) oddziałowej

[252] Zob. np. w odniesieniu do zawodu: pielęgniarki i położnej – art. 15 ust. 4 oraz art. 15a i 15b u.zawod.pielęgn.; rozp. MZ z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r. poz. 497); oraz rozp. MZ z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2018 r. poz. 299); fizjoterapeuty – art. 4 ust. 2 z zastrzeżeniem ust. 4-5 u.zawod.fizjoter.; Zał. do rozp. MZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2021 r. poz. 704); oraz rozp. MZ z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz.U. z 2018 r. poz. 1319); ratownika medycznego – Zał. 1 i 3 do rozp. MZ z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 2478).

[253] Zob. np. w odniesieniu do zawodu: pielęgniarki i położnej – art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 5 ust. 1 pkt 8, art. 15 u.zawod.pielęgn.; fizjoterapeuty – art. 4 ust. 4a u.zawod.fizjoter.; ratownika medycznego – Zał. 2 i 4 do rozp. MZ z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego; Por. D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 332.

[254] Z. Kubot, *Prawne* …, 2001, s. 21-22; W tym tonie: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 377 oraz 387 i n.

[255] Z. Kubot, *Prawne* …, 2001, s. 21-22; Tak też: K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność* …, 2018, s. 36.

[256] Zob. w zakresie siatki stanowisk w podmiocie leczniczym: art. 49 u.działaln.leczn.; Zał. do rozp. MZ z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011, Nr 151, poz. 896).

i lekarzy z danego oddziału, a pośrednim pielęgniarek (położnych) odcinkowych, jest ordynator. Pozostali zaś lekarze, nawet jeśli wydają zlecenia lekarskie, nie są przełożonymi służbowymi pielęgniarek; za każdy bowiem rodzaj wykonanych czynności zawodowych odpowiadają one przed swoim zwierzchnikiem służbowym w ramach pionu pielęgniarskiego[257]. Współpraca między lekarzem a pielęgniarką oparta jest zatem na więzi funkcjonalnej, a nie służbowej; jako że „bez względu na wybrany model zarządzania w podmiotach leczniczych w zakresie podporządkowania pracowniczego wyodrębnia się istnienie dwóch równorzędnych podsystemów: leczenia i pielęgnowania"[258]. Ponadto za istotny przejaw samodzielności można uznać ustawowo przyznane prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego oraz żądania uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia[259].

Nieco inaczej może kształtować się struktura podległości w przypadku fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Wprawdzie fizjoterapeuta nie pozostaje w relacji podporządkowania wobec lekarza wystawiającego skierowanie lub zlecenie lekarskie; a co więcej ma – poza możliwością, aby domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania – prawo odmowy wykonania określonego świadczenia[260]. Jeśli jednak pozostaje w stosunku pracy, podlega służbowo przełożonym, zgodnie z przyjętym w danym podmiocie leczniczym regulaminem organizacyjnym, w którym można – choć brak jest przepisu statuującego taki obowiązek – wprowadzić stanowisko koordynatora zespołu fizjoterapeutycznego, przyznawane fizjoterapeucie[261]. Natomiast w odniesieniu do zawodu ratownika medycznego należy podkreślić,

---

[257] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 377.

[258] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 378; Jak dodaje autorka: „W zależności od przyjętego modelu organizacyjnego podmiotu leczniczego bezpośrednim przełożonym może być pielęgniarka pełniąca funkcje kierownicze dla wszystkich pielęgniarek, położnych danego podmiotu, odpowiedzialna przed wspólnym zwierzchnikiem lekarzy i pielęgniarek, np. dyrektorem ds. medycznych. W dużych szpitalach powołuje się na stanowiska kierowników oddziałów pielęgniarki oddziałowe. Podlegają one służbowo zastępcom dyrektorów ds. opieki pielęgniarskiej. Lekarze natomiast podlegają zastępcy ds. lekarskich lub przewodniczącemu zespołu lekarskiego podległemu bezpośrednio dyrektorowi szpitala".

[259] K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność* …, 2018, s. 37; Zob. art. 12 ust. 2 u.zawod.pielęgn., zgodnie z którym „pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej", chyba że zachodzą okoliczności, gdy zwłoka w udzieleniu pacjentowi pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego; oraz art. 15 ust. 3 u.zawod.pielęgn., stanowiący, że „w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania".

[260] Zob. art. 6 ust. 2 u.zawod.fizjoter.

[261] Zob. u.zawod.fizjoter. oraz u.działaln.leczn.; Zob. też: zalecenia KRF dotyczące koordynatora zespołu fizjoterapeutów – uchw. Nr 262/I KRF z dnia 17 lipca 2018 r., opubl. na oficjaln. str. internet. KIF: https://kif.info.pl/file/2018/07/Uchw-262-I-KRF-koordynator.pdf [dostęp 29.07.2020].

że kierownikiem specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego jest z mocy prawa lekarz, w pozostałych zaś przypadkach – może być to inna osoba (pielęgniarka lub ratownik medyczny)[262]. Analogicznie trzeba – rzecz jasna – ocenić sytuację pielęgniarki systemu wchodzącej w skład takiego zespołu. Aczkolwiek warto nadmienić, że w przypadku ratownika medycznego samodzielność limitowana jest dodatkowo przez fakt, że przedstawicielom tego zawodu nie przyznano jak dotąd prawa sprzeciwu wobec wydanego przez lekarza zlecenia, w przeciwieństwie chociażby do profesji pielęgniarki[263].

Mając na uwadze powyższe można podzielić pogląd D. Karkowskiej, zgodnie z którym formuła autonomicznego podporządkowania znajduje zastosowanie także wobec innych niż lekarz (lekarz dentysta) zawodów medycznych, o ile osoby te działają w zakresie jurydycznie przyznanej im samodzielności zawodowej[264]. W szczególności w przypadku pielęgniarki (położnej), fizjoterapeuty i ratownika medycznego źródła ich fachowej niezależności – podobnie jak w odniesieniu do lekarzy (lekarzy dentystów) – można upatrywać w ustawodawstwie normującym ich wykonywanie oraz aktach wykonawczych wydanych na jego podstawie, sankcjonujących specyfikę ich działalności zawodowej. Poprzez uzyskanie odrębnego – zresztą także regulowanego – wykształcenia, przygotowani są oni do realizacji swoistych, innych niż lekarze (lekarze dentyści), czynności zawodowych[265]. Każda z tych grup zawodowych ma jednoznacznie sprecyzowane zadania[266]. Przy założeniu zatem, że każdy ze współdziałających – w ramach zespołu terapeutycznego – pracuje według posiadanych uprawnień zawodowych, co do zasady za równie wykwalifikowanych należy uznawać wszystkich pracowników medycznych posiadających pełne prawo wykonywania zawodu, niezależnie czy wykazują aktywność w profesji lekarza,

---

[262] Zob. art. 36 u.PRM.

[263] Uwagę na wspomniany problem zwraca: M. Mikos, G. Juszczyk, A. Czerw, *Odpowiedzialność cywilna ratownika medycznego za błąd medyczny*, Journal of Education, Health and Sport 2016, Nr 6, s. 222-223; Por. art. 12 ust. 2 u.zawod.pielęgn.; Zob. też w zakresie relacji interpersonalnych w ramach zespołu ratownictwa medycznego w kontekście odpowiedzialności karnej: J. Hanc, *Wzajemne relacje w zespołach ratownictwa medycznego i ich znaczenie dla odpowiedzialności karnej ratownika medycznego – wybrane uwagi*, PiM 2015, Nr 58, s. 134 i n.

[264] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 365 i n.; W tym tonie: K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność* …, 2018, s. 29 i n.; Zob. szerzej: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 298-338 oraz 363-368; taż, *Prawo* …, 2013, s. 102-113 oraz 362 i n.; D. Karkowska, T. A. Karkowski, *Zatrudnianie* …, 2017, s. 128 i n.

[265] W tym tonie także: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 377.

[266] Zob. w odniesieniu do zakresu czynności zawodowych właściwych dla poszczególnych profesji: art. 2 u.zawod.lek.; art. 4 i 5 u.zawod.pielęgn.; art. 4 u.zawod.fizjoter.; art. 11 u.PRM.

czy pielęgniarki (położnej), fizjoterapeuty lub ratownika medycznego. W relacjach bowiem przedstawicieli tych zawodów medycznych z lekarzem, stosunek podporządkowania względem niego – z samego tylko faktu pracy w jednym zespole – nie zachodzi, chyba że regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego lub przepis szczególny stanowi inaczej[267]. W omawianym kontekście oznacza to, że zespół tego typu zasadniczo należy rozpatrywać w kategoriach struktury spłaszczonej współdziałania, rozumianej – na gruncie niniejszej pracy – jako układ osobowy złożony z profesjonalistów medycznych o zbliżonym poziomie przygotowania zawodowego wraz z charakterystyczną dla niego, przez wzgląd na właściwości i warunki osobiste jego członków, formułą pracy opartej na partnerstwie.

Inaczej należałoby ocenić sytuację, w której spośród dwóch przedstawicieli tego samego zawodu medycznego jeden z nich posiada tytuł specjalisty w zakresie potrzebnym do realizacji danej, aktualnie wykonywanej, procedury medycznej, drugi zaś nie; albo okoliczności, w których pierwszy posiada wymagane doświadczenie, natomiast drugi nie może się nim wykazać. Z tym, że w takim przypadku zasadniczo zachodzą powiązania faktyczne, jurydyczne zaś tylko wtedy, gdy istnieje ku temu wyraźna podstawa prawna. Ostatnie z poczynionych spostrzeżeń wiedzie bieżące rozważania w stronę analizy odrębnego problemu, a mianowicie prawnych podstaw limitacji autonomii decyzyjnej osób będących w trakcie szkolenia prowadzącego do uzyskania określonych uprawnień zawodowych; i naturalnie skorelowanymi z nią atrybutami władzy nadzorczej nad osobami o wspomnianym statusie.

[267] Wśród tego typu regulacji można wymienić: wspomniane już współdziałanie ratownika medycznego i pielęgniarki z lekarzem w ramach specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego albo udział w czynnościach specjalistycznych regulowanych przepisami odrębnymi; Zob. np.: § 2 i 3 rozp.transplant., zgodnie z którym pielęgniarka (położna) uprawniona jest, po spełnieniu dodatkowych wymogów kwalifikacyjnych, do: pobierania komórek i tkanek ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi; pozyskiwania komórek i tkanek w celu ich zastosowania u ludzi; pobierania od żywych dawców komórek krwi obwodowej, w tym komórek krwiotwórczych krwi obwodowej drogą aferezy z krwi obwodowej, w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi – pod nadzorem lekarza; Analogicznie położna uprawniona jest do pobierania od żywych dawców komórek krwi pępowinowej, w tym komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej, w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi – pod nadzorem lekarza; § 9 pkt 15 rozp.stand.anest., stanowiący że transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

4.3.5. Zależność nadzorcza praktykanta, stażysty i specjalizanta

Wśród pracujących pod nadzorem można wskazać zarówno nieposiadających prawa wykonywania zawodu albo legitymujących się ograniczonym prawem wykonywania zawodu przyznanym na czas odbywania szkolenia, jak i tych, którzy wprawdzie uzyskali fachowe przygotowanie potwierdzone pełnym prawem wykonywania zawodu, lecz z uwagi na uczestnictwo w kształceniu podyplomowym, zasadniczo wykonują obowiązki zawodowe pod kierunkiem innego, odpowiednio wykwalifikowanego, pracownika medycznego[268]. W tego rodzaju konstelacjach podmiotowych atrybuty władczej korekty przysługują konkretnym osobom z mocy prawa i z racji sprawowanej funkcji[269]. Zasadzają się one z jednej strony na prawnym

[268] Poza nawiasem rozważań pozostawia się problematykę ograniczenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu na mocy orzeczenia sądu karnego albo lekarskiego.

[269] Zob. w odniesieniu do zawodu lekarza (lekarza dentysty) – art. 5 ust. 12 i 13 u.zawod.lek., stanowiący że osoba odbywająca praktyczne nauczanie wykonuje czynności wynikające z ramowego programu zajęć praktycznych pod bezpośrednim nadzorem opiekuna, którym może być lekarz (lekarz dentysta) posiadający określone kwalifikacje; art. 15 ust. 3a u.zawod.lek., zgodnie z którym lekarz (lekarz dentysta) odbywa staż podyplomowy pod nadzorem opiekuna będącego lekarzem (lekarzem dentystą) posiadającym określone kwalifikacje; art. 16m ust. 1-3 i 7 u.zawod.lek., na podstawie którego: 1) lekarz (lekarz dentysta) odbywa szkolenie specjalizacyjne/ staż kierunkowy pod kierunkiem lekarza (lekarza dentysty) posiadającego określone kwalifikacje, zwanego „kierownikiem specjalizacji"/ „kierownikiem stażu", wyznaczonego przez kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne/ kierownika jednostki realizującej staż kierunkowy; 2) kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu szkolenia specjalizacyjnego; 3) w ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, a w określonych przypadkach kierownik stażu, konsultuje i ocenia proponowane i wykonywane przez specjalizanta badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta, prowadzi nadzór nad wykonywaniem zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez podopiecznego umiejętności samodzielnego ich wykonywania, uczestniczy w wykonywanym przez specjalizanta zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez niego samodzielnego ich wykonywania lub stosowania; 4) kierownik specjalizacji wystawia opinię zawodową, w tym dotyczącą uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole, jak również wnioskuje do odpowiednich podmiotów o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza (lekarza dentystę), który nie realizuje programu specjalizacji; art. 15 ust. 8a i 8b oraz art. 16m ust. 15-16 u.zawod.lek., wedle których w przypadku oddelegowania stażysty lub specjalizanta do wykonywania zadań związanych ze zwalczaniem epidemii: 1) zadania te muszą być dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności kierowanego lekarza stażysty oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany lekarz stażysta; 2) specjalizant wykonuje pracę pod nadzorem lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany, zaś lekarz ten (nadzorujący pracę osoby w trakcie szkolenia specjalizacyjnego) nabywa odpowiednie uprawnienia kierownika specjalizacji; Zob. w odniesieniu do zawodu pielęgniarki (położnej) – rozp.szkol.podypl.pielęgn., stanowiące, że: 1) organizator kształcenia wyznacza kierownika specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, którym może być pielęgniarka (położna), spełniająca określone warunki (§ 6 ust. 1 i 2 oraz § 25 ust. 1 i 2); 2) do obowiązków kierownika należy m.in. zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, w ramach szkolenia praktycznego (§ 7 ust. 1 pkt 2 oraz § 25 ust. 1 pkt 2); 3) kierownik specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić inną pielęgniarkę (położną), spełniającą określone warunki, do sprawowania nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, w ramach

i szczególnym obowiązku czuwania nad czynnościami realizowanymi przez praktykanta, stażystę i specjalizanta, obciążającym odpowiednio opiekuna praktyk lub stażu albo kierownika specjalizacji. Z drugiej zaś na – skorelowanych z tym obowiązkiem – rozbudowanych uprawnieniach dyrektywalnych, pozwalających na ingerencję w zadania wykonywane przez podopiecznego; i to ingerencję mogącą przejawiać się nie tylko ich aktualizowaniem i dostosowywaniem do zmieniających się warunków (np. powierzaniem kolejnych czynności w miarę postępów i efektów kształcenia), lecz także ich konkretyzowaniem dalece wnikającym w istotę świadczonej pracy (tj. sposób jej wykonywania).

Oznacza to po pierwsze, że w okolicznościach tych – wobec wyraźnej podstawy prawnej – jurydycznego źródła uprawnień nadzorczych nie trzeba doszukiwać się w przyjętym w danym podmiocie regulaminie organizacyjnym ani wnioskować o nich z wynikającej z jego postanowień hierarchii stanowisk i rozkładu kompetencji kierowniczych w jej ramach. Po drugie zaś to, że owe uprawnienia nadzorcze mogą pozostawać w oderwaniu od kwestii podległości służbowej – między szkolącym się i zwierzchnikiem szkolenia – bądź jej braku[270]. Może być to zatem powiązanie o charakterze czysto funkcjonalnym, o cechach swoistej zależności nadzorczej; znamiona podporządkowania czerpiącej jedynie z normatywnie przyznanych uprawnień do wiążącego wpływania na kształt działalności profesjonalnej autorstwa określonej, poddawanej szkoleniu osoby, nie zaś chociażby z podległości służbowej.

szkolenia praktycznego (§ 7 ust. 2 oraz § 25 ust. 2); oraz art. 26 ust. 1 u.zawod.pielęgn., stanowiący że pielęgniarka (położna), która nie wykonuje zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat ma obowiązek odbyć przeszkolenie pod nadzorem opiekuna wskazanego przez kierownika podmiotu, w którym odbywa się to przeszkolenie, spośród osób uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarki (położnej) i legitymujących się określonym doświadczeniem; Zob. w odniesieniu do zawodu fizjoterapeuty – art. 14 ust. 6 i 7 u.zawod.fizjoter., zgodnie z którym osoba odbywająca praktykę wykonuje zadania zawodowe wynikające z ramowego programu praktyki zawodowej pod bezpośrednim nadzorem opiekuna, którym może być fizjoterapeuta spełniający określone warunki co do kwalifikacji i wykonujący zawód w podmiocie leczniczym prowadzącym tę praktykę; art. 47 ust. 1-3 i 9-10 u.zawod.fizjoter., wskazujący że: 1) szkolenie specjalizacyjne odbywa się pod nadzorem kierownika specjalizacji, powoływanego przez kierownika jednostki szkolącej, spośród osób o określonych kwalifikacjach; 2) kierownik specjalizacji może upoważnić inną osobę, spełniającą określone warunki, do wykonywania czynności opiekuna stażu kierunkowego, tj. zapewnienia bezpośredniego nadzoru nad realizacją programu staży kierunkowych; oraz art. 11 ust. 11 u.zawod.fizjoter., stanowiący że fizjoterapeuta, który nie wykonuje zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat ma obowiązek odbyć przeszkolenie pod nadzorem opiekuna wskazanego przez kierownika podmiotu, w którym odbywa się to przeszkolenie, spośród osób uprawnionych do wykonywania zawodu fizjoterapeuty i legitymujących się określonymi kwalifikacjami.

[270] Zob. art. 5 ust. 12 i 13, art. 15 ust. 3a oraz art. 16m ust. 1-3 u.zawod.lek.; § 6-7 oraz § 25-26 rozp.szkol.podypl.pielęgn.; art. 14 ust. 6 i 7 oraz art. 47 ust. 1-3 i 9-10 u.zawod.fizjoter. – w których to przepisach wskazuje się, kto może być nadzorującym szkolenie i z których nie wynika jednakowoż, że musi być to przełożony; Zob. też: art. 16h u.zawod.lek., stanowiący że lekarz (lekarz dentysta) może odbywać szkolenie specjalizacyjne nie tylko na podstawie umowy o pracę, lecz także m.in. w ramach stosunku cywilnoprawnego.

Ciekawym problemem, wartym choć nadmienienia w tym kontekście, pozostaje także specyfika relacji innego niż opiekun lub kierownik szkolenia pracownika medycznego względem szkolących się, zwłaszcza wykonującego odmienny zawód medyczny niż ten, do którego przygotowuje się adept (np. lekarza względem pielęgniarki-praktykantki)[271]. Wprawdzie rozsądek dyktuje wzmożenie ostrożności w tego rodzaju konstelacjach osobowych; a co za tym idzie – zintensyfikowanie czynności sprawdzających. Niemniej jednak wypada stwierdzić, że jeśli brak jest więzi służbowych między nimi, brak jest również podstawy prawnej do sprawowania funkcji nadzoru, a zatem prawnego osadzenia dla zależności choćby o charakterze nadzorczym, a tym bardziej – kierownictwa. Ewentualna piecza roztaczana nad szkolącym się przez innych – niż opiekun praktyk lub stażu, kierownik specjalizacji albo wyraźnie przez nich upoważniona osoba – członków zespołu zdaje się więc sprowadzać do relacji o charakterze czysto faktycznym, bez realnych (prawnych) możliwości władczej korekty działalności praktykanta, stażysty lub specjalizanta. Jak zatem należałoby ocenić, w tychże okolicznościach pozostają do dyspozycji jedynie środki zwykłej kontroli i niewiążącego wpływania na osobę poddaną obserwacji. Aczkolwiek jak można dodać – częściowo wkraczając w obszar tematyczny, któremu poświęcone są dalsze rozważania, koncentrujące się na zakresie i charakterze powinnej weryfikacji – biorąc pod uwagę, że kontrola może mieć różne oblicza, a przy tym nie tracąc z pola widzenia tego, co dyktuje zasada ograniczonego zaufania, badanie prawidłowości czynności dokonywanych z udziałem takiej osoby powinno być przeprowadzane bardziej skrupulatnie niż w sytuacjach standardowych, tj. udzielenia świadczeń zdrowotnych przez w pełni wykwalifikowanych pracowników medycznych.

[271] Zob. § 6-7 oraz § 25-26 rozp.szkol.podypl.pielęgn., stanowiące że kierownikiem specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego może być pielęgniarka (położna); oraz że wprawdzie kierownik specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić inną osobę do sprawowania nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, lecz także wyłącznie taką, która wykonuje zawód pielęgniarki (położnej).

4.4. Charakter, zakres i natężenie wzajemnej weryfikacji poprawności wspólnie udzielanych świadczeń zdrowotnych

4.4.1. Czynniki determinujące kształt powinności kontroli i nadzoru sprawowanych w ramach działalności podmiotu leczniczego

W literaturze przedmiotu podnosi się, że rodzaj struktury, w której udzielane są świadczenia zdrowotne niejako automatycznie rzutuje na poziom zaufania do osób w niej występujących, a tym samym przekłada się w prostej linii na kształtowanie się zakresu powinności kontroli i nadzoru nad osobami zajmującymi niższą pozycję w obowiązującej w danym podmiocie hierarchii[272]. Nie można w pełni zgodzić się ze wskazanym ujęciem reguły ograniczonego zaufania i wypływającej z niej zasady należytego nadzoru. Jak się wydaje, zaprezentowane podejście odwołuje się do pewnego rodzaju uproszczenia, przyjmuje poniekąd postać skrótu myślowego, który godzi się rozwinąć w omawianym kontekście. Warto bowiem podkreślić, że wprawdzie fakt udzielania świadczeń zdrowotnych w strukturach zorganizowanych ma istotny wpływ na dekodowanie reguł postępowania wymaganych od poszczególnych członków zespołu – a zatem wytycznych co do tego, jak w konkretnej sytuacji powinna postąpić określona osoba współdziałająca w procesie leczenia, aby jej zachowanie mogło być uznane za legalne – w szczególności zaś z tego względu, że okoliczność ta może modyfikować wspomniane reguły w zależności od funkcji sprawowanej w danym zespole i charakteru obowiązków wynikających z faktu jej piastowania. Niemniej nie jest to proste, linearne przełożenie, czego wykazanie należy rozpocząć od wstępnego zasygnalizowania, iż na gruncie niniejszego studium zakres powinności wglądu w działalność innej osoby uznaje się za wyznaczany z jednej strony dopuszczalnym w danych okolicznościach poziomem zaufania, z drugiej zaś – obiektywną rozpoznawalnością nieprawidłowości w zachowaniu współdziałającego. Do tego dodać wypada – wzmiankowane już – warunki wdrażania czynności nadzorczych, wśród których kluczowym jest „przewidziana prawem możność podejmowania w ramach określonego układu organizacyjnego przez dany podmiot (nadzorujący) nie tylko sprawdzania i oceniania innego podmiotu

[272] Por. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126-128; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 41; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 428-435.

(nadzorowanego), ale także stosowania wiążącej ingerencji w jego działalność (stan) w celu skorygowania jej w pożądanym kierunku”[273].

Podejmując próbę objaśnienia zaproponowanego stanowiska warto wyjść od przybliżenia zależności pomiędzy szeroko rozumianą pieczą sprawowaną nad działalnością członków określonej zbiorowości a zaufaniem do nich. Otóż wziąwszy pod uwagę rozważania poświęcone zasadzie ograniczonego zaufania uprawnionym wydaje się pogląd, iż wymagane w danych okolicznościach zakres i natężenie czynności sprawdzających jakość pracy danej osoby są odwrotnie proporcjonalne do poziomu dopuszczalnego wobec niej zaufania bądź – innymi słowy – wprost proporcjonalne do nakazanej względem niej ostrożności. A zatem zaufanie w zespole należy uznać za skorelowane z powinnością weryfikacji w ten sposób, że im istnieją niklejsze podstawy do przejawiania zaufania, im wyższy stopień nieufności wskazany jest w odniesieniu do konkretnego współdziałającego, tym większa ostrożność powinna towarzyszyć wspólnie wykonywanym czynnościom, a w konsekwencji tym ściślejszym baczeniem winna zostać objęta jego działalność. Z kolei, przyjmując odwrotną perspektywę, wraz z uzasadnionym wzrostem zaufania, że dana osoba w określonych okolicznościach postąpi zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami, po stronie jej współpracowników zmniejsza się – jak to określa A. Bachrach – „zadłużenie powinnościowe”[274] w zakresie walidacji jej zachowania.

Jednakowoż, jak już wspomniano, poza poziomem dopuszczalnego zaufania na kształt czynności monitorujących, wymaganych podług zespołowych reguł ostrożności, rzutuje zarazem stopień obiektywnej dostrzegalności lub możliwość przewidzenia – przez konkretnego uczestnika zdarzenia – defektów działalności będącej przedmiotem jego obserwacji bądź niepokojących cech jej autora. Pomiędzy możliwościami zrewidowania poprawności działań współpracowników a wymaganymi od danej osoby środkami reakcji, zdaje się zachodzić ścisła zależność. Przełożenie to można przedstawić w ten sposób, że im szersze faktyczne możliwości zbadania prawidłowości zachowań innych członków zespołu, tym wyższe wymogi stawia się osobie obowiązanej – zgodnie z zasadą ograniczonego zaufania i wynikającą z niej dyrektywą należytego nadzoru – do stosownej interwencji, tj. podjęcia środków celem ochrony zagrożonego dobra prawnego. Tym samym, z uwagi na zróżnicowane – wśród

[273] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 45.

[274] A. Bachrach, *Ryzyko* …, 1965, s. 152 i n.

przedstawicieli określonych kategorii osób biorących udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych – obiektywne możliwości dostrzeżenia błędów innych członków zespołu, stosownej gradacji ulegać musi wymagany od danej osoby poziom skuteczności czynności monitorujących. Celem więc uzyskania precyzyjnego rezultatu oceny – w przedmiocie tego, jakich efektów w zakresie wykrywalności ewentualnych nieprawidłowości zachodzących w danej konstelacji osobowej można oczekiwać od określonych podmiotów – należy wziąć pod uwagę stopień dostrzegalności przez nie wadliwości postępowania konkretnych uczestników zdarzenia. Jeśli brak jest obiektywnej możliwości zidentyfikowania błędu współpracownika lub przewidzenia nieprawidłowości jego postępowania, nie ma też podstaw do uczynienia zarzutu osobie, która nie wykonała – używając terminologii zaczerpniętej z dziedziny komunikacji – tzw. „manewru obronnego”[275].

Aczkolwiek uwadze nie może ujść jeden jeszcze – spośród trzech wzmiankowanych – aspekt omawianego tematu, nie mniej istotny niż dwa pierwsze. A mianowicie, jak słusznie podnosi M. Lipski: „Przyjęcie istnienia obowiązku nadzoru wymaga wskazania wyraźnej podstawy prawnej. Obowiązek ten może wynikać wprost z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, choć w praktyce jego źródłem są najczęściej umowy łączące określoną osobę z podmiotem leczniczym oraz akty prawne o charakterze wewnętrznym”[276]. Ujmując spostrzeżenie autora z odwrotnej perspektywy, tj. nie z punktu widzenia ustalania osoby gwaranta i jego obowiązków, lecz kompetencji do wiążącej ingerencji w działalność konkretnych osób w celu skorygowania jej w pożądanym kierunku, warto uzupełnić je o konstatację, że uprawnienia nadzorcze muszą wynikać z wyraźnej podstawy prawnej.

Z racji szerokiego spektrum możliwych układów sytuacyjnych – multiplikowanych za sprawą różnorodności wskazanych uwarunkowań – warto dokonać ich kategoryzacji i odrębnego omówienia stosunków zachodzących w ramach poszczególnych z nich. Zgodnie bowiem z tym, co dotąd podnoszono można przeprowadzić szczegółową gradację stanu zaufania i przypisać poszczególne jego odcienie – na skali od pełnego zaufania aż po jego negację – do określonych okoliczności, uznając przejawianie konkretnego natężenia zaufania za właściwe,

[275] Zob. w zakresie pojęcia „manewru obronnego” na gruncie komunikacji np.: wyr. SN z dnia 5 maja 2015 r., IV KK 428/14, LEX Nr 1729287.

[276] M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 115.

społecznie pożądane, w danym układzie sytuacyjnym; zaś na owe odcienie stanu zaufania konieczne jest następnie nałożenie filtru obiektywnej przewidywalności; i ostatecznie rozważenie prawnych możliwości reakcji w związku z dostrzeżeniem ewentualnych niepożądanych stanów, zjawisk lub zachowań.

4.4.2. Czynności kontrolne w relacjach profesjonalistów medycznych o zbliżonym poziomie przygotowania zawodowego, w tym należących do tzw. „personelu pomocniczego"

Aby zachować dotychczasową chronologię przedstawiania zagadnień problemowych, zastosowaną w ramach objaśniania kwestii poziomu zaufania właściwego poszczególnym okolicznościom, wypada rozpocząć od przybliżenia zakresu powinności kontroli i nadzoru w sytuacji, którą określono jako typową, pozwalającą na przejawianie relatywnie wysokiego natężenia zaufania. Przywołaną sytuację charakteryzowano z położeniem nacisku na fakt posiadania przez członków zespołu zbliżonego poziomu przygotowania zawodowego, niezależnie od dziedziny reprezentowanej przez poszczególnych profesjonalistów. W odniesieniu do tego rodzaju uwarunkowań – charakterystycznych dla spłaszczonych struktur organizacji pracy lub innych form współdziałania – problem właściwej weryfikacji fachowych predyspozycji współpracowników i ich aktywności na tym polu, zdaje się nie być szczególnie złożony, niemniej z uwagi na to, że może nie być on jednolicie postrzegany, kilka kwestii szczegółowych domaga się pogłębienia.

Otóż w niniejszej pracy, co warto przypomnieć, przyjmuje się po pierwsze, że rozległość i drobiazgowość badania poprawności zachowań współpracowników powinny być wprost proporcjonalne do wymaganego w danych okolicznościach – zgodnie z zasadą ograniczonego zaufania – poziomu ostrożności. Z tej perspektywy należy zauważyć, że wprawdzie największe odchylania wskazanych wartości – od normy, jaką jest wyjściowa ufność – można odnotować w przypadku występowania w danym zespole znacznych dysproporcji kwalifikacji pomiędzy poszczególnymi jego członkami, jednakowoż zaprezentowany tok myślowy znajduje zastosowanie także w odniesieniu do relacji zachodzących w typowych układach poziomych, w których zasadniczo nie występują uwarunkowania personalne podważające zaufanie do współuczestników zdarzenia. Zakładając bowiem, że intensywność czynności sprawdzających musi być skorelowana z poziomem wymaganego w danym układzie zaufania, które

– jak już podkreślano – nawet wśród osób o podobnie wysokich kwalifikacjach nie powinno być bezgraniczne, uprawnionym wydaje się pogląd, iż w strukturach horyzontalnych pewnego rodzaju ograniczona weryfikacja także jest pożądana, stosowna do owego wzajemnego zaufania. A mianowicie: ograniczona o tyle, że proporcjonalna do prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości, które w istocie nie jest wysokie w omawianych okolicznościach; tym niemniej pożądana z uwagi na fakt, że choć jest ono nikłe, to jednocześnie – jako nieodzownie łączące się z aktywnością społeczną, w tym profesjonalną, w ramach której zachowanie człowieka zależne jest od zachowań innych osób – niemożliwe do zupełnego wyeliminowania. Skoro więc we wskazanej konstelacji osobowej zachodzi pewien margines ryzyka, zalecana zdaje się być w jej ramach także pewna, nieznaczna doza nieufności, a tym samym analogiczna miara krytycyzmu wobec współpracowników. Ten właśnie margines ryzyka powinien wyznaczać zakres powinnej weryfikacji. Nie musi być to zatem weryfikacja wzmożona, detaliczna, stała, ścisła. Może się ona przejawiać w postaci ogólnej kontroli. Aczkolwiek warto, aby była ona przeprowadzana chociażby w takim zakresie, w jakim potrzebna jest do podjęcia dalszych – a przy tym prawidłowych – decyzji w procesie udzielania danego świadczenia zdrowotnego.

Po drugie zaś – o czym także nie można zapominać – stosownie do prezentowanego w niniejszym studium podejścia, rozległość powinnej w danym układzie weryfikacji wyznaczana jest zarazem ramami obiektywnej możliwości dostrzeżenia lub przewidzenia błędów innych członków zespołu. Z tej z kolei pespektywy nie należy tracić z pola widzenia, że gdy chodzi o osobę o pełnym przygotowaniu zawodowym, wypada uznać je za stosunkowo szerokie. Oznacza to, że zakres wymaganej we wskazanych okolicznościach kontroli, limitowany adekwatnie do relatywnie niewielkiego ryzyka urzeczywistnienia się zdarzeń aktualizujących nieufność, musi doznawać korektury w ten sposób, że jej granice ulegają rozszerzeniu w porównaniu z przypadkami, w których wprawdzie dopuszczalne jest równie wysokie zaufanie, lecz przejawiane jest ono przez jednostkę o ograniczonych obiektywnych możliwościach zrewidowania jakości pracy osób, względem których pozostaje ona w pozycji podporządkowania determinowanej dysproporcją kwalifikacji. Stąd – przedstawiając problem na konkretnym przykładzie – choć poziom zaufania właściwy stosunkom zachodzącym w strukturach poziomych należy uznać za porównywalny z tym, który może być przejawiany przez praktykanta względem swojego opiekuna, to ostateczny

rezultat wartościowania przeprowadzanego przez pryzmat dochowania zasady należytego nadzoru może, a nawet musi, być odmienny w odniesieniu do każdego ze wskazanych układów okoliczności faktycznych; przez wzgląd właśnie na zróżnicowane zdolności rozpoznania znaczenia czynu współpracownika, zachodzące w przedstawionych konstelacjach osobowych. Rzeczone rozszerzenie granic powinnej weryfikacji w odniesieniu do grupy osób o podobnie wysokich kwalifikacjach należy zatem rozumieć w tym sensie, że fakt posiadania przez daną osobę realnych możliwości zrewidowania poprawności zachowań innych członków zespołu podwyższa wymogi, przez pryzmat których ocenia się czy zachowanie tejże osoby – przejawiające się określoną reakcją na zaistniałe nieprawidłowości albo ewentualnym jej brakiem – można uznać za należyte wywiązanie się z obowiązku czuwania nad właściwym przebiegiem wspólnie udzielanego świadczenia zdrowotnego. A mianowicie: to samo zachowanie, które w ramach pierwszego z nich może zostać uznane za działanie wystarczająco ostrożne (np. dostatecznie skuteczne jak na miarę modelowego szkolącego się) albo zaniechanie usprawiedliwione konkretnymi okolicznościami (np. z uwagi na zrozumiały brak kwalifikacji pozwalających na bardziej wnikliwą analizę przypadku klinicznego), w drugim z nich – może zostać oceniane, jako nieuczynienie wszystkiego, co było możliwe w danej sytuacji, aby zaistniałemu niebezpieczeństwu przeciwdziałać lub do jego wystąpienia nie dopuścić.

Nieco odmiennie zdaje się postrzegać sprawę T. Sroka[277]. Autor wskazuje bowiem po pierwsze, że „w przypadku struktury poziomej współdziałania nie istnieje pomiędzy osobami współdziałającymi stosunek zależności, w związku z czym co do zasady jeden członek zespołu co do zasady nie jest ani uprawniony, ani zobowiązany do kontroli postępowania innego członka zespołu”[278]. Jego zdaniem „wykonywanie czynności zawodowych w tej samej chwili w stosunku do tego samego dobra prawnego przez dwie jednakowo kompetentne osoby, pomiędzy którymi zachodzi struktura pozioma relacji, zaś konieczność współdziałania wynika z podziału obowiązków, czyni zbędnym wzajemną kontrolę sposobu postępowania”[279]. W ocenie

[277] Por. T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 428-435.

[278] Tamże, s. 430.

[279] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 430; Doprecyzowanie myśli autora znajduje się w dalszej części rozważań; Zob. tamże, s. 433 – Jak podnosi on bowiem w innym fragmencie opracowania: „w przypadku struktury pionowej współdziałania istnieje obowiązek kontroli działań osoby znajdującej się w pozycji podrzędnej także w przypadku podejmowania przez nią określonych czynności w tym samym momencie czasowym co osoba znajdująca się w pozycji nadrzędnej. Obowiązek kontroli nie jest zatem ograniczony, jak to ma miejsce w przypadku struktury poziomej, jedynie do działań podejmowanych

autora powinność weryfikacji zachowań zachodzących w strukturze poziomej współdziałania aktualizuje się jedynie, „gdy działania poszczególnych członków zespołu podejmowane są w oddalonych od siebie momentach czasowych”[280]. Po drugie zaś, w kilku fragmentach rozważań zaznacza on, że w relacjach horyzontalnych zachodzących pomiędzy pracownikami medycznymi „ograniczenie zaufania winno nastąpić jedynie w sytuacjach wskazujących na jaskrawe naruszenie reguł postępowania z dobrem prawnym”[281]; „jedynie wyraźne cechy nieprawidłowości diagnozy postawionej przez poprzednika lub podjętych działań terapeutycznych w odniesieniu do aktualnego stanu zdrowia pacjenta będą powodowały ograniczenie zaufania w stosunku do działań poprzednika i konieczność podjęcia stosownego postępowania przez osobę aktualnie sprawującą opiekę nad pacjentem”[282]; zaś naruszeniem reguły ograniczonego zaufania będzie dopiero „brak reakcji na oczywiste i łatwo dostrzegalne błędy osoby współdziałającej”[283].

W tych dwóch aspektach nie można zgodzić się z interpretacją zasad zespołowego działania prezentowaną przez T. Srokę. Z samej bowiem – wzmiankowanej już – specyfiki kontroli wynika, że w założeniu między kontrolującym a kontrolowanym nie zachodzi stosunek nadrzędności i podporządkowania[284]. Obowiązek zaś – a zarazem uprawnienie – współdziałającego w zakresie weryfikacji zachowań innych członków zespołu, choćby łączyły ich stosunki właściwe strukturze poziomej, można wywodzić z formuły ograniczonego zaufania i wypływającej z niej zasady należytego nadzoru. Powinność taka – na co zwracano już uwagę – ciąży nawet na osobie znajdującej się w pozycji podporządkowanej, tym bardziej więc wymóg ten można uznać za nałożony – na podstawie przywołanych reguł ostrożności – na pracowników o zbliżonym lub równorzędnym statusie zawodowym; a w konsekwencji również analogiczne uprawnienie należałoby uznać za przyznane im w tym zakresie. Jednocześnie raz jeszcze godzi się podkreślić, że wystarczającym jest, aby czynności tego rodzaju sprowadzały się do kontroli ogólnej, a przy tym – odcinkowej, tj. na linii styku obowiązków zawodowych poszczególnych profesjonalistów. Mając zatem na uwadze przytoczone wypowiedzi

w odstępach czasowych, ale obejmuje konieczność weryfikacji także bieżących czynności wykonywanych przez osoby znajdujące się w pozycji podrzędnej”.

[280] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 430.

[281] Tamże, s. 429.

[282] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 432.

[283] Tamże, s. 430.

[284] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 28.

autora oraz zarazem nawiązując do rozważań poświęconych nadzorowi i kontroli – w zakresie, w jakim wskazywano na zróżnicowaną pojemność obu kategorii i konieczność posiadania wyraźnego umocowania prawnego do przeprowadzania czynności nadzorczych – wypada skonstatować, że obowiązek i prawo przeprowadzania ogólnych czynności kontrolnych na określonym odcinku, na którym praca kilku osób zazębia się, wynika z zasady ograniczonego zaufania i wypływającej z niej zasady należytego nadzoru. Zakres tych czynności można pomocniczo rekonstruować także poprzez odwołanie się do standardów aktualnej wiedzy medycznej. Natomiast w przypadku braku pomiędzy osobami współdziałającymi stosunku zależności, istotnie jeden członek zespołu co do zasady nie jest ani uprawniony, ani obowiązany do sprawowania nadzoru, chyba że stosowne środki władczej (wiążącej) ingerencji są przewidziane w konkretnym przypadku przez stosowne regulacje prawne lub akty o znaczeniu prawnym (np. regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą, regulamin pracy na określonym stanowisku, umowa o pracę, zakres obowiązków stanowiący zwyczajowo załącznik do tejże umowy). Zmienia to jednak wówczas charakter relacji zachodzących w kontakcie z w ten sposób uposażoną osobą.

Ponadto, jak dotychczas motywowano, poza poziomem dopuszczalnego w danych okolicznościach zaufania, rozległość i natężenie powinnej weryfikacji wyznaczane są obiektywnymi możliwościami zrewidowania danej czynności medycznej, które to – gdy chodzi o osoby o zbliżonych kwalifikacjach – wypada ocenić jako stosunkowo duże. Nie bez racji można zauważyć przy tym, że możliwości te nie ustępują miejsca ich brakowi nawet w przypadku reprezentowania przez poszczególnych profesjonalistów różnych dziedzin specjalizacji lub odmiennych zawodów medycznych. Posiadanie bowiem – przez osobę legitymującą się pełnym fachowym przygotowaniem – podstawowego zasobu wiedzy medycznej zdaje się pozwalać na ogólną kontrolę poprawności przebiegu świadczenia zdrowotnego lub psychofizycznych predyspozycji innych członków zespołu do jego udzielenia. Stąd, jeśli wadliwość postępowania współpracownika albo jego cechy świadczące o braku zdolności do prawidłowego wykonania przezeń określonych czynności medycznych są obiektywnie zauważalne przez daną osobę, za niezasadną należałoby uznać jej obronę, iż brak było podstaw do utraty zaufania wobec braku jaskrawych, oczywistych, ewidentnych, łatwo dostrzegalnych ku temu symptomów. Jednakowoż, z uwagi na ów warunek obiektywnej rozpoznawalności, brak jest również podstaw, by wymagać od takiej osoby,

aby przewidziała ona zagrożenia, których nie zapowiadają żadne racjonalne okoliczności. Tak szeroko zakrojonej i pogłębionej kontroli, aby mogła ona wykryć rzeczone niebezpieczeństwa, nie można uznać ani za wymaganą, ani za uprawnioną, ani też za zasadną z punktu widzenia istoty pracy zespołowej oraz zapewnienia płynności i efektywności procesu świadczenia usług zdrowotnych.

Natomiast zgodzić się wypada z podejściem T. Sroki w odniesieniu do działania zespołowego o charakterze sekwencyjnym w tym aspekcie, w jakim podnosi on, iż – z uwagi na fakt, że „upływ czasu może (…) prowadzić albo do powstania sytuacji niebezpiecznej dla określonych dóbr prawnych, albo do rozwoju i zmiany już istniejącego niebezpieczeństwa grożącego dobru prawnemu" – wskazanym jest, aby osoba występująca chronologicznie później w procesie leczenia danego pacjenta dokonała ogólnej kontroli prawidłowości postępowania swoich poprzedników także w przypadku, gdy wzajemne relacje osób współdziałających oparte są na strukturze poziomej[285]. Jak już bowiem podkreślano, w tego rodzaju układzie sytuacyjnym, zwłaszcza charakteryzującym się rozbiciem ciągu pracy w czasie, koniecznym jest, aby owa ogólna kontrola przeprowadzana była chociażby w takim zakresie, w jakim potrzebna jest ona do podjęcia przez współdziałającego własnych decyzji, na dalszym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Nie chodzi przy tym jednak o to, ażeby każdorazowo powtarzać uprzednio wykonany komplet badań – skądinąd i tę czynność zasadniczo przekazuje się do realizacji innej osobie (np. diagnoście laboratoryjnemu lub lekarzowi specjalizującemu się w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej) – lecz o uważne przyjrzenie się ich wynikom; w szczególności zaś, gdy zaskakują one skalą pomiaru bądź nasuwają podejrzenia co do adekwatności opisu wyniku z jego podstawą źródłową[286]. Jak słusznie zauważa bowiem L. Kubicki, lekarz prowadzący „nie może odnosić się z absolutnym zaufaniem do miarodajności uzyskanych wyników specjalistycznego badania diagnostycznego" jako że zasada ograniczonego zaufania zobowiązuje go do orientacji „w stronie technicznej badania (np. sprzęt, metoda, rodzaje użytych

[285] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 430-431; W tym tonie także: wyr. SN z dnia 24 lutego 2005 r., V KK 375/04, OSNKW 2005, Nr 3, poz. 31 – w zakresie, w jakim skład orzekający zwraca uwagę na „powinność krytycznej analizy leczenia na każdym jego etapie"; Zob. też: § 9 pkt. 13 rozp.stand.anest. – zgodnie z którym „jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, lekarz ten ponosi odpowiedzialność za to znieczulenie od chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego pacjenta, przebiegu znieczulenia oraz wyrobów medycznych; przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia".

[286] L. Kubicki, *Błąd* …, 2001, s. 36; Aprobująco: M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 118.

kontrastów)" i „kontroli adekwatności opisu do przekazanego materiału dokumentacyjnego"[287]. Toteż niepokojące dane pojawiające się w dokumentacji medycznej, będącej podstawą wydania decyzji co do dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, zobowiązują do uzyskania niezbędnych, uzupełniających wyjaśnień, zaś niedające się usunąć wątpliwości winny skłaniać do powtórzenia badania[288]. W tym tonie wypowiada się również G. Rejman, stwierdzając że „uczestnik zespołu ma obowiązek nie tylko wykonania własnej pracy, lecz również dokonania kontroli zachowania swego poprzednika w zespole, choćby obowiązek ten nie był ujęty w formę jakichkolwiek poleceń czy zarządzeń"[289]. Co więcej, jej zdaniem, na współuczestniku czynu ciąży „obowiązek każdorazowego sprawdzenia, w jakim stanie wykonawstwa otrzymał do dalszego kontynuowania rozpoczęte zadanie"[290]. Godzi się jednocześnie nadmienić, że determinantą efektywnego stosowania zasad ograniczonego zaufania i należytego nadzoru jest – na co trafnie zwraca uwagę autorka – przeprowadzanie owej ogólnej kontroli zarówno ogniwo wstecz, jak i naprzód, tak aby zapewnić ciągłość i aktualność (adekwatność) udzielanej pomocy medycznej, a tym samym by właściwie przeprowadzić pacjenta przez wszystkie wynikające z procesu leczenia etapy diagnozy, terapii i ewentualnej rehabilitacji[291]. Warto zarazem aprobująco odnieść się do prezentowanego w literaturze stanowiska, zgodnie z którym ze szczególną atencją należy podchodzić do diagnozy mającej charakter wstępny, specyficznej zwłaszcza dla medycznych czynności ratunkowych; jako że mają one na celu pomoc doraźną, nie zaś postawienie ostatecznego rozpoznania, co zresztą byłoby znacznie utrudnione biorąc pod uwagę okoliczności, w jakich działają zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe[292].

---

[287] L. Kubicki, *Błąd* …, 2001, s. 36; Aprobująco: M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 118.

[288] L. Kubicki, *Błąd* …, 2001, s. 36.

[289] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 60 – Autorka wręcz stawia tezę, że „zasada braku zaufania do czynności poprzednika bez względu na jego doświadczenie i kwalifikacje, a nie zasada zaufania obowiązuje na szczeblu wykonywania wspólnego zadania".

[290] Tamże.

[291] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, s. 39 i 47 – Autorka wyraźnie podkreśla konieczność przeprowadzania kontroli zarówno wstecz, jak i naprzód.

[292] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 62-63; taż, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 57; taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 199-200; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 183; E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 40; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 118; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 432-433.

W omawianym kontekście warto wyeksponować jeden jeszcze – wzmiankowany już w kilku fragmentach niniejszej pracy – problem. Mianowicie chodzi o kwestię, którą można sprowadzić do pytania o to, czy fakt pozostawania przez daną osobę w grupie profesjonalistów medycznych określanych potocznie jako „personel pomocniczy" stanowi przesłankę do ograniczenia względem niej zaufania, a w konsekwencji zaostrzenia wobec niej czynności sprawdzających jakość jej pracy. Jak już podnoszono, kierowanie się zaufaniem do współdziałających może być uznane za zachowanie nacechowane ostrożnością jedynie w sytuacji podjęcia się realizacji czynności medycznej przez zespół osób o zbliżonym poziomie przygotowania zawodowego, niezależnie jednak od dziedziny reprezentowanej przez poszczególnych profesjonalistów; przy założeniu, rzecz jasna, że ich aktywności nie towarzyszą zgoła nietypowe uwarunkowania. A zatem na gruncie niniejszego studium przyjmuje się, że do owych niepożądanych – determinujących nieufność – czynników nie można zaliczyć faktu włączenia się w prace zespołu terapeutycznego osób wykonywujących inne niż lekarz (lekarz dentysta) zawody medyczne. Wsparcia argumentacyjnego dla tak postawionej tezy dostarczają – także uprzednio już przywoływane – regulacje przesądzające o samodzielnym charakterze takich zawodów jak pielęgniarka, położna i fizjoterapeuta, względnie ratownik medyczny[293]. Nawiązując do rozważań poświęconych autonomii wymienionych profesjonalistów medycznych warto przypomnieć, że – jak oceniono – nie tylko realizując niejako z własnej inicjatywy czynności pozostające w zakresie uprawnień zawodowych, pozostają oni merytorycznie niezależni. Również bowiem działając na podstawie zlecenia lub skierowania lekarskiego wskazani pracownicy medyczni korzystają z samodzielności zawodowej, w ramach wykonywania czynności objętych ich treścią, jako że tego rodzaju dokumenty mogą obejmować swym zakresem jedynie takie zadania, które należą do kompetencji ich adresatów. Ponadto podkreślano, że zlecenia i skierowania lekarskiego nie należy utożsamiać z poleceniami służbowymi; te bowiem pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta i ratownik medyczny odbierają od swoich przełożonych, do grona których lekarze ordynujący, we wspomnianej formie, określone czynności pielęgnacyjne, fizjoterapeutyczne lub ratunkowe, mogą nie należeć. O ile zatem w skład zespołu nie wchodzi osoba o jurydycznie umocowanych

[293] Zob. art. 2 u.zawod.pielęgn., zgodnie z którym zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi; art. 2 u.zawod.fizjoter., stanowiący że zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym; art. 11 u.PRM, stosownie do którego wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza.

uprawnieniach nadzorczych względem nich, gremium takie można określić jako cechujące się strukturą spłaszczoną.

Stąd nie bez racji podnosi G. Rejman pisząc, że „czynności nadzoru nad zachowaniem personelu pomocniczego nie dotykają w zasadzie tych wszystkich elementów, które należą do kompetencji zawodowych tego personelu”[294]; natomiast „tam, gdzie czynności te należą do kompetencji personelu pomocniczego, lekarz może poprzestać na ogólnym nadzorze, bez drobiazgowego sprawdzania wszystkich składników wychodzących w zakres tych czynności”[295]. Z tego względu lekarz – jak kontynuuje autorka – nadzorujący realizację wystawionego zlecenia (np. na wykonanie wlewu dożylnego) nie jest obowiązany do przedsięwzięcia szczegółowych czynności sprawdzających w przedmiocie tego, czy w sposób właściwy zostały wydane specyfiki do sporządzenia kroplówki i czy prawidłowo przeprowadzono jej infuzję[296]. Wszystko to należy wszak do kompetencji zawodowo wyszkolonego „personelu pomocniczego” i nie wykracza poza zwykłe, typowe jego zadania; podczas gdy „nadzór” ze strony lekarza „powinien się ze swej istoty koncentrować na punktach działalności personelu pomocniczego, które wykraczają poza umiejętności lub kompetencje poszczególnego uczestnika zespołu medycznego”[297]. Słuszność ma G. Rejman podkreślając, w przywołanym fragmencie jej wypowiedzi, samodzielność fachową pielęgniarek w obrębie czynności ustawowo przydanych im jako ich kompetencje zawodowe[298]; przemawiającą za – aprobowaną w niniejszej pracy – ogólną weryfikacją rezultatu ich działań, charakterystyczną dla zespołów złożonych z osób o zbliżonym poziomie przygotowania fachowego. Jak już bowiem kilkukrotnie podkreślano zarówno lekarze, jak i pielęgniarki (położne), fizjoterapeuci i ratownicy medyczni poprzez zdobyte wykształcenie są przygotowani do realizacji ustawowo wyodrębnionych i przypisanych poszczególnym grupom zawodowym czynności medycznych. W takim przypadku, jak się wydaje, owa ogólna kontrola może sprowadzać się do wglądu do dokumentacji medycznej wspólnie prowadzonego pacjenta, dokonanej

[294] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 58; Tak również: taż, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 203.

[295] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, 1991, s. 203.

[296] G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 58.

[297] Tamże.

[298] Należy zastrzec, że z innych fragmentów wypowiedzi autorki nie wynika to jasno, a wręcz mogą wskazywać one na preferowanie przez nią tradycyjnego modelu, w którym pielęgniarka co do zasady podlega kierownictwu lekarza – Zob. G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 58.

ex post, celem upewnienia się: czy potwierdzono wykonanie zlecenia; jak przebiegły podejmowane na jego podstawie czynności medyczne; i czy pielęgniarka (położna) lub inny profesjonalista medyczny poczynili w ich ramach ewentualne niepokojące spostrzeżenia co do stanu zdrowia pacjenta, zwłaszcza będące następstwem wykonywanego zlecenia[299]. Aczkolwiek, oceniając wywód autorki jako trafny, godzi się zastrzec i doprecyzować zarazem, że – jak już motywowano – pojęcia nadzoru należy używać z pewną dozą ostrożności, mając mianowicie na względzie, że uprawnienia w tym zakresie nie przysługują lekarzowi z samego tylko faktu wykonywania tegoż zawodu, lecz muszą posiadać prawne umocowanie. Ponadto przytoczone słowa autorki mogą budzić wątpliwości – co do wystarczającej precyzji odnośnej wypowiedzi – w innym jeszcze aspekcie. Jak zauważa bowiem w tym kontekście T. Sroka, zbyt daleko idącą wydaje się teza postawiona przez G. Rejman, że czynności nadzoru nad zachowaniem „personelu pomocniczego" nie dotykają w zasadzie tych wszystkich elementów, które należą do kompetencji tegoż personelu; biorąc pod uwagę, że osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych winna udzielać jedynie takich świadczeń, które należą do jej kompetencji[300].

W nakreślone podejście wpisuje się stanowisko zajęte przez Sąd Najwyższy w wyr. z dnia 3 sierpnia 2006 r., w zakresie w jakim skład orzekający zwrócił uwagę, iż „zatrudniony personel pielęgniarski znał standardy w zakresie opieki w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, czego potwierdzenie oskarżony znajdował w wieloletniej, nienagannej pracy tego personelu"; i stąd miał on „prawo oczekiwać, że tenże personel będzie nadal podchodził profesjonalnie do swoich obowiązków"[301]. Jak bowiem ustalono w analizowanej sprawie: „podejmowane przez ten personel działania w zakresie opieki pooperacyjnej nie odbiegały od typowych i wyuczonych czynności, zatem oskarżony nie musiał obejmować tych działań szczególnie wnikliwym nadzorem"[302]. Tym samym niebezpodstawnie „oskarżony obserwując sprawowaną przez personel pielęgniarski opiekę pooperacyjną trwał w zaufaniu do tego personelu"[303].

[299] Por. art. 15 u.zawod.pielęgn.

[300] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 434-435.

[301] Wyr. SN z dnia 3 sierpnia 2006 r., WA 23/06, OSNwSK 2006, Nr 1, poz. 1539.

[302] Tamże.

[303] Tamże.

Jak można ocenić, wspomnianą samodzielność fachową wolno rozciągnąć także – choć z wymaganą w konkretnych okolicznościach ostrożnością – na zawody, których wykonywanie wprawdzie nie jest regulowane odrębną ustawą, niemniej w odniesieniu do których kwalifikacje konieczne do ich wykonywania określone są normatywnie (np. dietetyk, elektroradiolog, perfuzjonista), zwłaszcza jeśli ścieżka dojścia do zawodu zakłada ukończenie kształcenia na poziomie szkoły wyższej lub uzyskania tytułu specjalisty[304].

4.4.3. Wgląd w działalność członków zespołu stojących wyżej w hierarchii służbowej lub niesformalizowanej

Przechodząc do omówienia przypadków, które mogą uzasadniać przejawianie zaufania o natężeniu innym niż typowe, warto rozpocząć od rozpatrzenia układu sytuacyjnego, kiedy to dochodzi do nawiązania współpracy z osobą o wybitnych osiągnięciach zawodowych lub z taką, wobec której pozostaje się w widocznej dysproporcji pod względem posiadanych kwalifikacji lub zaszeregowania służbowego. Przy okazji omawiania zasady ograniczonego zaufania sygnalizowano, że wyjątkowo można uznać zaufanie graniczące z pewnością za usprawiedliwione określonymi okolicznościami. Warto jednakowoż problematykę tę rozwinąć na gruncie zasady należytego nadzoru, a mianowicie rozważając ją z perspektywy wpływu na kształtowanie się powinności kontroli wspomnianego już czynnika jakim jest obiektywna możliwości rozeznania prawidłowości zachowań innych osób, tj. – w zakreślonych okolicznościach – jednostek o przygotowaniu profesjonalnym lub pozycji zawodowej istotnie przewyższających to, które prezentuje członek zespołu mający dokonać ewentualnej weryfikacji.

---

[304] Zob. w zakresie zawodów, których kształcenie można uznać za regulowane: Zał. Nr 2 do rozp. MEN z dnia 15 lutego 2019 r. w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 316, z późn. zm.) – w którym wymienia się takie zawody jak asystentka stomatologiczna, opiekun medyczny, ortoptystka, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik elektroniki i informatyki medycznej, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy; Zał. do rozp. MZ z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011, Nr 151, poz. 896) – określającym wymogi wykształcenia w zakresie m.in. dietetyka, elektroradiologa i perfuzjonisty; Zob. też – w zakresie argumentów na poparcie inicjatywy uregulowania zawodu perfuzjonisty: Interpelacja M. Zembali z dnia 12 grudnia 2018 r. do MZ w sprawie ustanowienia nowego zawodu medycznego – zawodu perfuzjonisty (Nr 28258), wraz z udzieloną na nią odpowiedzią, opubl. na oficjaln. str. internet. Sejmu RP: http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=28258 [dostęp 6.08.2020]; Zob. też: rozp. MZ z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2020 r. poz. 857).

Jak już wskazywano, zasadniczo obowiązek przedsięwzięcia działań zmierzających do ochrony dóbr pacjenta, w reakcji na nieprawidłowe postępowanie innych członków zespołu, ciąży nawet na osobie znajdującej się w pozycji podporządkowanej względem współpracownika będącego autorem zachowania obarczonego wadą, niezależnie od źródła stosunku podległości. Niemniej podążając dotychczas przyjętym tokiem rozumowania – zgodnie z którym wzajemna kontrola skorelowana jest po pierwsze z dopuszczalnym w danych okolicznościach zaufaniem w ten sposób, że jej natężenie jest odwrotnie proporcjonalne do poziomu zaufania przejawianego wobec kontrolowanego, po drugie zaś z obiektywną możliwością zidentyfikowania przez kontrolera ewentualnych nieprawidłowości – powyższe stwierdzenie należy opatrzeć pewnymi uwagami. A mianowicie: skoro w omawianej relacji akceptowalne jest przejawianie zaufania wyższego niż typowe, niemalże graniczącego z pewnością, a przy tym zdolność zidentyfikowania nieprawidłowości może być w znacznym stopniu ograniczona za sprawą poziomu przygotowania zawodowego pozostającego w jawnej dysproporcji z kwalifikacjami współpracowników, których sposób postępowania przychodzi ocenić, to zakres powinności kontroli wypada uznać za limitowany przez obydwa przywołane czynniki; nie wspominając już o kwestii braku jakichkolwiek prawnych możliwości podjęcia władczej interwencji, bezdyskusyjnie nieprzysługującej osobie znajdującej się w stosunku podporządkowania.

Koncentrując się jednakowoż na determinancie w postaci ograniczonych faktycznych predyspozycji do detalicznej oceny jakości pracy współdziałających wypada dojść do wniosku, że próg wymagań stawianych oceniającemu w nakreślonych okolicznościach musi być niższy; zaś poziom tolerancji dla niewykrycia przezeń ewentualnych uchybień – wyższy niż w przypadku modelowego pracownika o kwalifikacjach porównywalnych względem osoby, której praca poddawana jest oglądowi. Osoba pozostająca w relacji podległości – zwłaszcza warunkowanej wyraźnym zróżnicowaniem zasobu wiedzy i doświadczenia – może bowiem zwyczajnie nie być w stanie zweryfikować prawidłowości zachowania współpracownika o wyższej pozycji zawodowej, a tym bardziej sformułować lub sprecyzować przesłanek uzasadniających zakwestionowanie podjętej przez niego decyzji. Jak słusznie – choć w nieco innym kontekście – podnosi J. Kochanowski: „powinność i możliwość dostrzeżenia" w zachowaniu osób o szczególnych kwalifikacjach ewentualnego błędu jest „bez porównania mniejsza" niż w sytuacjach typowych, i stąd „popełnione przez te osoby

przekroczenia, które mogą wyłączyć zaufanie, muszą być nie tylko znacznie wyraźniejsze, ale wręcz jednoznaczne i oczywiste”[305]. W konsekwencji dopuszczalnym wydaje się uznanie jej postawy za nieostrożną dopiero wówczas, gdy niedostrzeżone przez nią nieprawidłowości – w działalności współpracowników o wybitnych zdolnościach lub o znacząco wyższych kwalifikacjach bądź zaszeregowaniu służbowym – noszą znamiona istotnych i wyraźnych odchyleń od normy; a zarazem niebudzących wątpliwości co do takiego ich charakteru nawet u osoby, która nie legitymuje się przygotowaniem zawodowym porównywalnym do tego prezentowanego przez rzeczonych współdziałających. Niemniej w przypadku dostrzeżenia uchybień, nie tylko tych rażących, bez wątpienia aktualizuje się powinność jakiejkolwiek reakcji. Co do tego, jak powinna ona wyglądać przyjdzie jeszcze powrócić[306].

Warto jednak zastrzec przy tym, że zdecydowanie niższy próg tolerancji błędu należałby zastosować w relacji dwóch podobnie wysoko wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych, choć specjalizujących się w innych dziedzinach. Mimo że weryfikacja poczynań przedstawicieli innego zawodu medycznego albo własnej profesji, lecz posiadających tytuł specjalisty w innej dziedzinie, może być utrudniona, tym niemniej posiadanie kompleksowych kwalifikacji (np. tytułu specjalisty w jednej z dziedzin nauk medycznych) daje podstawy, aby wymagać – od osoby legitymującej się nimi – ogólnego rozeznania zawodowego większego niż w przypadku osoby dopiero szkolącej się. Analogicznie należałoby potraktować przypadek pracownika medycznego posiadającego pełne przygotowanie fachowe, współleczącego z osobą o wybitnych osiągnięciach zawodowych albo takiegoż pracownika współpracującego ze swoim przełożonym, w której to relacji podległość pierwszego z nich wynika z faktu zaszeregowania służbowego, nie zaś z ewidentnej, znaczącej różnicy wiedzy, umiejętności i kompetencji. Wprawdzie również w tego rodzaju stosunkach okazywane zaufanie może być zbliżone do pewności, aczkolwiek – jak można ocenić – nie zachodzi w ich ramach aż tak wysoki stopień dysproporcji przygotowania zawodowego, aby niedostrzeżenie wadliwej działalności współpracownika można było uznać

[305] Należy zastrzec, że przywołany autor odnosi swą wypowiedź do „osób, które spełniają funkcje z zakresu ochrony bezpieczeństwa i porządku ruchu” w kontekście wątpliwości, czy okazywane im zaufanie może być „pełne i całkowicie niezależne od okoliczności” – Zob. J. Kochanowski, *Glosa* …, 1977, s. 142.

[306] A mianowicie przyjdzie do niego powrócić na koniec rozważań ujętych w niniejszym podpunkcie, poświęconych należytej reakcji na zidentyfikowane nieprawidłowości lub ryzyka ich wystąpienia.

za nieostrożne dopiero wówczas, gdy ma ono charakter nieprawidłowości rażącej[307]. Odmienna, jak się zdaje mniejsza jest bowiem obiektywna możliwość dostrzeżenia błędu przez legitymującego się pełnym prawem wykonywania zawodu lekarza u innego przedstawiciela tego zawodu, choć posiadającego tytuł specjalisty w innej dziedzinie medycyny, albo przez wykwalifikowaną pielęgniarkę z nim współpracującą, niż w przypadku lekarza odbywającego praktyki albo staż podyplomowy, który miałby zweryfikować postępowanie swojego opiekuna.

4.4.4. Nadzór nad pracą wykwalifikowanych podwładnych

Jak już podkreślano: choć typowe zaufanie może ewoluować w dwóch kierunkach (jego wzmocnienia albo osłabienia), za bardziej prawdopodobne w praktyce medycznej – niż sytuacje uzasadniające okazywanie zaufania graniczącego z pewnością – należy uznać wystąpienie okoliczności przemawiających za jego ograniczeniem, tj. tych, które skłaniają do zupełnej jego utraty i ewentualnie, w następnie tego, do pozostawania w pozycji względnej nieufności, albo wyjściowego przyjęcia nieufnej postawy. Wkraczając w krąg problemów związanych z problematyką limitacji zaufania oraz wynikających z niej powinności rewizyjnych warto przypomnieć, że w dotychczasowych rozważaniach częściowo krytycznie odnoszono się do takiego ujęcia wskazanego tematu, zgodnie z którym niższa pozycja w obowiązującej w danym podmiocie hierarchii (niezależnie od jej podstaw) niejako automatycznie rzutuje na poziom dopuszczalnego zaufania do osób ją zajmujących, zaś zakres nakazanej weryfikacji ich pracy wypada uzależniać od struktury, w jakiej przychodzi im pracować (poziomej albo pionowej). Wzmiankowano przy tym, że kwestia ta, przez wzgląd na swą złożoność, doprasza się doprecyzowania, aby uniknąć mylących uproszczeń. Wnikając bowiem nieco głębiej w jej szczegóły można dostrzec, że sklasyfikowanie struktur jako horyzontalne albo wertykalne nie przychodzi z łatwością, chyba że *a priori* uzna się je za mieszane. To z kolei nie służy objaśnieniu zagadnienia należytego nadzoru. Nie jest wykluczonym ponadto wystąpienie, w poddawanym oglądowi podmiocie wykonującym działalność leczniczą, systemu organizacji opartego na innym modelu niż struktura „smukła" bądź „płaska"[308]. Podnosi się też niekiedy, że struktura

[307] Por. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 126; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 360 oraz 363-364.

[308] Zob. szerzej: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie* …, 2015, s. 37-41.

organizacyjna może ewoluować, a więc nie jest stała[309]. Toteż ocena sytuacji przez pryzmat samych tylko teoretycznie sklasyfikowanych struktur, może zaciemniać proces wartościowania i zniekształcać jego wynik; w każdym razie – nie można tegoż kryterium uznać za klarujące. Stąd kilkukrotnie prezentowano w niniejszej pracy i objaśniano w różnych kontekstach kryteria, którymi posłużenie się w procesie wartościowania – na okoliczność dochowania reguły ograniczonego zaufania i wypływającej z niej zasady należytego nadzoru – może rzucić nieco światła na niuanse zachodzące w różnych układach okoliczności faktycznych, w tym zwłaszcza tych mających miejsce w ramach stosunków określanych jako układy zhierarchizowane. Wśród nich wskazywano – wysuwające się na plan pierwszy w omawianym kontekście – umocowane prawem atrybuty władczej korekty działalności poddawanej kontroli.

Ujmując problem z tej perspektywy, a mianowicie przez pryzmat wymagań stawianych osobie mającej przeprowadzać weryfikację prawidłowości postępowania innych – i jednocześnie uprawnień przyznanych jej w tym zakresie, aby było to realnie możliwe – ważnym jest ustalenie ich podstawy i charakteru. Ich źródłem, jak już wzmiankowano, mogą być bowiem bądź po pierwsze – formalne kompetencje kierownicze lub niekiedy przepis szczególny stawiający osobę wykonującą określoną funkcję w pozycji nadrzędności o charakterze nadzorczym, wyrażające prawny i szczególny obowiązek czuwania nad pracą określonych osób, połączony z atrybutami władczymi; bądź po drugie – ogólne wytyczne wypływające z zasady ograniczonego zaufania, będące jedynym punktem osadzenia prerogatyw co do wglądu w działalność współdziałającego, i stąd zawężonych do zwykłej, ogólnej, odcinkowej kontroli, wobec braku normatywnego umocowania w zakresie autorytatywnej cenzury działalności jej poddawanej.

W orbicie rozważań poświęconych nadzorowi nad pracą podwładnych znajduje się, siłą rzeczy, tylko pierwszy z podanych wariantów sytuacyjnych. Co do drugiego można mieć uzasadnione wątpliwości, czy wolno w ogóle – w takim układzie – mówić o zawisłości względem kontrolera, nawet faktycznej, tym bardziej zaś prawnie sankcjonowanej. Jak już bowiem podkreślano, właściwym stosunkiem podległości jest podporządkowanie typu pracowniczego, naturalnie sprzężone z faktem pracy pod kierownictwem. Jest to ten rodzaj zależności – poza wyrażonymi w regulacjach

[309] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 397.

szczególnych (np. zależność nadzorcza szkolących się) – z którego czerpać można prawny i szczególny obowiązek, a zarazem mandat, władczej pieczy nad czynnościami współleczącego; jako że nadzór stanowi poniekąd „wycinek funkcji kierowniczych, obejmujący kompetencje dotyczące zapobiegania przez podmiot nadrzędny pewnym rodzajom działań podmiotu podporządkowanego oraz korygowania pewnych działań, które zostały dokonane”[310]. Dla pełności obrazu warto nadmienić jednakowoż, że przykładem układu drugiego typu jest – wbrew mogącej wprowadzać w błąd nazwie – kierownictwo zamawiającego (zlecającego), które ogranicza się wyłącznie do płaszczyzny organizacyjnej, czym odróżnia się od relacji charakterystycznych dla stosunku pracy. W takim przypadku, z jurydycznego punktu widzenia, zasadniczo nie zachodzi – poza okolicznościami uzasadniającymi odwołanie się do stanu wyższej konieczności – możliwość władczej ingerencji w bieżącą działalność kontrahenta; co w konsekwencji powoduje konieczność poszukiwania podstaw do poczynienia wglądu w pracę członka zespołu medycznego o tego rodzaju statusie zawodowym, li tylko organizacyjnie podległego, wśród reguł zespołowego działania. Ten rodzaj kierowania z samego założenia nie obejmuje wszak wnikających w istotę pracy poleceń konkretyzujących zadania, lecz co najwyżej może polegać na koordynowaniu pracy i kontroli jej wykonywania, a w przypadku ujawnienia nieprawidłowości w działalności poddawanej oglądowi – udzielaniu fachowych wskazówek i zaleceń. Toteż rzeczoną relację należałoby zakwalifikować jako strukturę spłaszczoną. Odrębną kwestię stanowi natomiast, podnoszony w literaturze, problem ścisłego faktycznego podporządkowania profesjonalistów medycznych pozostających z podmiotem leczniczym w stosunku cywilnoprawnym lub samozatrudnienia[311]; niemniej – z normatywnego puntu widzenia – niemieszczącą się w obszarze tematycznym, jakim jest omawiana problematyka nadzoru nad pracą podwładnych. Jak zaznacza bowiem w tym kontekście D. Karkowska: „ordynator lub inna osoba kierująca oddziałem może posługiwać się różnorodnymi formami wpływania na lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych na oddziale, nie dysponując wobec nich władzą dyrektywną pracodawcy”; w takiej sytuacji wprawdzie można mówić o władztwie, z tym że „raczej o charakterze merytorycznym, a nie porządkowym”[312].

[310] Z. Kubot, *Podporządkowanie* …, 1979, s. 27.

[311] Z. Kubot, *Formy* …, 2000, s. 137; tenże, *Ordynatorskie* …, 2007, s. 21-22.

[312] D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 385.

Ustaliwszy obszar badawczy niniejszego podpunktu wypada zaznaczyć, że nawet jeśli dana osoba dysponuje jurydycznie osadzonymi kompetencjami nadzorczymi, to środki i narzędzia weryfikacyjne przysługujące na ich podstawie i z nich wynikające, a zarazem wskazane w konkretnych okolicznościach, mogą przybierać różną postać i być stosowane z różnym natężeniem. Tak bowiem jak kontrola może mieć różny zasięg, zakres, charakter, tryb i etapy[313]; tak też i nadzór może mieć różne oblicza[314].

Ponadto, jak już niejednokrotnie podkreślano, fakt wykonywania zawodu medycznego tradycyjnie zaliczanego do grupy profesji wspierających lekarza w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nie musi automatycznie oznaczać czynnika determinującego wzmożoną czujność w kontakcie z taką osobą; a tym bardziej nie stanowi samoistnej przesłanki do stosowania względem niej zintensyfikowanych czynności sprawdzających, rozumianych jako kontrola ścisła, stała, bezpośrednia, detaliczna. Analogicznie wypada potraktować fakt zajmowania niższej pozycji w hierarchii służbowego zaszeregowania. Okoliczność pozostawania przez daną osobę w stosunku podporządkowania nie stanowi *per se* przesłanki do ograniczenia względem niej zaufania. Wychodząc bowiem z założenia, że obsadzenie wakatu poprzedzone jest weryfikacją spełniania określonych w postępowaniu kwalifikacyjnym wymogów, faktu zatrudnienia na stanowisku przewidującym pracę pod kierownictwem nie należy utożsamiać z czynnikiem ryzyka uzasadniającym przedsięwzięcie nadzwyczajnych środków ostrożności, chyba że wyraźnie dyktują to względy merytoryczne (np. zatrudnienie na okres próbny, bezpośrednio po ukończeniu studiów, bez doświadczenia zawodowego, celem przyuczenia, na staż).

---

[313] Jak wskazuje się w literaturze przedmiotu: na podstawie kryterium zasięgu kontroli można wyróżnić kontrolę nieograniczoną (zupełną) oraz kontrolę ograniczoną (fragmentaryczną); poprzez odwołanie się do zakresu kontroli daje się też wyróżnić kontrolę kompleksową (generalną) oraz kontrolę problemową (odcinkową); z punktu widzenia sposobu prowadzenia kontroli można wyodrębnić kontrolę wykonywaną bezpośrednio i kontrolę pośrednią; odwołanie się do trybu kontrolowania niekiedy prowadzi do wyróżniania kontroli planowej, czyli podejmowanej i prowadzonej według założonego wcześniej harmonogramu oraz kontroli doraźnej, tj. podejmowanej poza planem kontroli, często inspirowanej konkretnymi okolicznościami; na podstawie kryterium etapu wkraczania kontroli w działalność określonych podmiotów wyróżnić można dalsze rodzaje kontroli, a mianowicie: wstępną, faktyczną i następną – J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 73-76.

[314] Zasadniczym rozróżnieniem przeprowadzanym w nauce administracji i prawa administracyjnego jest podział na „nadzór weryfikacyjny", dopuszczający możliwość ingerencji tylko w sytuacjach określonych prawem oraz „nadzór dyrektywny", uprawniający do ingerencji w całą działalność organu podporządkowanego przez organ nadrzędny – Zob. J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 49.

Suponując zatem powyższe oraz nawiązując do rozważań poświęconych koncepcji autonomicznego podporządkowania – a jednocześnie pozostawiając poza ramami bieżącej analizy problematykę nadzoru nad adeptami profesji medycznych – uprawnionym wydaje się pogląd, że generalnie w relacji z podwładnym, jeśli wykonuje on zadania mieszczące się w zakresie swoich kompetencji zawodowych, wystarczającą jest doraźna kontrola, połączona ewentualnie z poleceniami konkretyzującymi obowiązki lub wskazującymi kierunki i sposoby podniesienia jakości świadczonej pracy, w tym przekazywanymi przy okazji dokonywania okresowej oceny pracowniczej; bez konieczności stałej obecności zwierzchnika podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy, nie ma potrzeby, aby wykwalifikowanego pracownika medycznego poddawać permanentnej i bezpośredniej obserwacji przełożonego. W typowych okolicznościach, wyznaczanych ramami dotychczasowej pomyślnej współpracy, na plan pierwszy wysuwa się zatem – charakterystyczna dla koncepcji autonomicznego podporządkowania profesjonalistów medycznych – swoboda i niezależność pracownika przy jednoczesnym zachowaniu panowania pracodawcy nad wynikami jego pracy. Natomiast, jak można ocenić, wzmożony wgląd w działalność podwładnego – przejawiający się kontrolą bardziej drobiazgową i ścisłą niż w typowa, połączoną ze śmielszym korzystaniem z mechanizmów władczej korekty działalności jej poddawanej – aktualizuje się, gdy chodzi o osobę nowozatrudnioną, pracującą na podstawie umowy na okres próbny, nielegitymującą się stażem pracy, zwłaszcza zatrudnioną w celu jego zdobycia. W takim przypadku decyzję o pozostawieniu pracownikowi medycznemu swobody w zakresie diagnozy i terapii zasadnym wydaje się poprzedzić okresem swoistej karencji, w którym to bada się czy osoba, w stosunku do której niejako czasowo zawieszono okazywanie docelowo wysokiego zaufania, faktycznie zdolna jest do należytego wywiązywania się ze swoich obowiązków zawodowych.

Choć, jak wskazano, w bieżącym kontakcie z profesjonalistą medycznym mechanizmy i środki kontroli nie muszą być wzmożone, a korzystanie z pełnego ich katalogu co do zasady nie jest wymagane, jednakowoż warto podkreślić, że w jego ramach typowo mieści się żądanie przez przełożonego przedłożenia informacji o etapie i sposobie realizacji powierzonego zadania, przedstawienia doraźnych wyjaśnień w określonej sprawie, cyklicznych sprawozdań z działalności w konkretnym obszarze, zaprezentowania wyników pracy, w tym statystycznych, lub udostępnienia prowadzonej

dokumentacji medycznej. Dopuszczalnym wydaje się również przeprowadzenie wywiadu w środowisku pracy danej osoby celem poznania opinii jej bezpośrednich współpracowników co do faktycznego posiadania przez nią cech istotnych z punktu widzenia zajmowanego stanowiska, w szczególności umiejętności pracy w zespole. Ponadto jakkolwiek następstwem wymienionych działań kontrolnych nie musi być wyciąganie konsekwencji służbowych, to z prawa do władczej ingerencji w aktywność zawodową osoby poddawanej ocenie należy skorzystać w przypadku, gdy wspomniane środki rewizyjne ujawniają w pracy nadzorowanego nieprawidłowości bądź niezgodności z przyjętym w danym obszarze standardem postępowania, zdradzające jej niezgodność z regułami ostrożnego postępowania z dobrami prawnymi, gwarantem nienaruszenia których jest nadzorowany pracownik. Z kolei zachowanie nadzorującego pracę wypada uznać za nieostrożne w przypadku niestosowania nawet doraźnej i ogólnej kontroli nad jej wynikami, chociażby w postaci ewaluacji, albo przeoczenia bądź niezareagowania na niepokojące symptomy, obiektywnie dostrzegalne bądź możliwe do przewidzenia, na podstawie analizy ustnie bądź pisemnie otrzymywanych sprawozdań. Na zakończenie rozważań poświęconych kwestii nadzoru nad pracą podwładnych warto dodać, że – antycypując posiadanie przez przełożonych fachowych kwalifikacji wyższych niż osoby im podporządkowane – problem obiektywnej rozpoznawalności błędów w zachowaniu podległych współpracowników zdaje się nie budzić wątpliwości.

4.4.5. Piecza nad osobami kształcącymi się w zawodach medycznych

Szczególnie złożoną sytuacją – z punktu widzenia wyznaczenia granic zaufania i dostosowania do niego odpowiednich środków nadzorczych – zdaje się być natomiast współpraca z osobami będącymi w trakcie szkolenia przygotowującego do wykonywania zawodu bądź prowadzącego do uzyskania: tytułu specjalisty albo umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego. A mianowicie problem należytej weryfikacji ich działalności jawi się jako skomplikowany o tyle, że przez wzgląd na swą wieloaspektowość nie poddaje się generalizacji; po pierwsze – w aspekcie wyznaczenia typowego poziomu zaufania, jednolitego dla wszystkich okoliczności z tej grupy zdarzeń. W szczególności z racji tego, że standardowy zasób wiedzy szkolącego się jest zróżnicowany w zależności od etapu edukacji, a przy tym jej poziom zależy ponadto od indywidualnych predyspozycji i uzdolnień danej osoby, nie powinno się ich sprowadzać do wspólnego mianownika.

Drugim natomiast czynnikiem komplikującym proces zakreślania granic ostrożnego postępowania w tego rodzaju układzie jest fakt, iż w jego ramach dochodzi do – wzmiankowanej już w niniejszej pracy – swoistej typizacji postępowania nietypowego. Wprawdzie bowiem włączenie się w prace zespołu medycznego osoby nieposiadającej wystarczających kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi, samo przez się, sygnał zmuszający innych jego członków do natychmiastowego wzmożenia czujności, jako że jest to właściwość osobista ewidentnie podważająca zaufanie do współleczącego. Aczkolwiek w tym szczególnym kontekście sytuacyjnym, jakim jest proces szkolenia, trzeba okoliczność tę uznać za naturalną kolej rzeczy i zaakceptować ją by umożliwić prawidłowy przebieg szkolenia, biorąc pod uwagę, że w istocie stanowi to warunek niezbędny jego przeprowadzenia.

Jako że problematyka modelowania poziomu zaufania okazywanego szkolącym się poddana już została analizie, w ramach bieżących rozważań należy jedynie uzupełnić ją o aspekty charakterystyczne dla – wynikającej z zasady ograniczonego zaufania – dyrektywy należytego nadzoru. W wyznaczeniu głównych kierunków interpretacyjnych w tym obszarze pomocnym jest odwołanie się do – normujących system kształcenia kadr medycznych – szczegółowych uregulowań prawnych, które z racji swego rozbudowania skłaniają do posiłkowania się nimi w stosunkowo szerokim zakresie.

Otóż podejmując próbę wyznaczenia poziomu wnikliwości nadzoru w zależności od etapu kształcenia, na którym znajduje się osoba mająca być jemu poddana, warto nadmienić na wstępie, że może mieć ono charakter: przeddyplomowy (np. studia na kierunkach medycznych, przewidujące praktykę zawodową w ich ramach) oraz podyplomowy, w tym dedykowany osobom wciąż nieposiadającym kompletnych uprawnień fachowych (np. staż podyplomowy lekarza realizowany na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu przyznawanego na czas uczestnictwa w nim) albo przeznaczony dla osób legitymujących się pełnym prawem wykonywania zawodu (np. specjalizacja lekarska, pielęgniarska lub fizjoterapeutyczna, kurs kwalifikacyjny, specjalistyczny lub dokształcający dla pielęgniarki, kurs doskonalący dla ratownika medycznego)[315]. Ze wskazanymi etapami skorelowana jest specyfika nadzoru.

[315] Zob. art. 5, art. 15 oraz art. 16 i n. u.zawod.lek.; art. 66 i n. u.zawod.pielęgn.; art. 14 oraz art. 35 i n. u.zawod.fizjoter.; art. 12 i n. u.PRM; Zob. też: rozp. MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie

A mianowicie – jak wynika ze wzmiankowanych przepisów – osoba odbywająca praktyki w ramach studiów wykonuje czynności wynikające z ich programu pod bezpośrednim nadzorem opiekuna[316]; który można rozumieć – odwołując się do słownikowego znaczenia słowa „bezpośredni" – jako: osobisty, bez pośrednictwa innych, sprawowany tuż obok, w bliskim związku, styczności, pobliskim otoczeniu osoby, której zachowanie poddawane jest weryfikacji, w momencie jego podejmowania, w chwili krótko je poprzedzającej lub następującej zaraz po nim[317]. Innymi słowy: „taki, który znajduje się blisko nas, niczym nieoddzielony w przestrzeni lub w czasie"[318]; w aspekcie przestrzennym – zakładający możliwość fizycznego kontaktu[319], a wręcz „własnoręczny"[320]; w aspekcie czasowym – taki, zwłoka w podjęciu którego mogłaby uczynić działania nadzorcze bezprzedmiotowymi[321]; lecz także realny[322]; konkretny,

standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755); rozp.staż.podypl.lek.; rozp.specjal.lek.; rozp.szkol.podypl.pielęgn.; rozp. MZ z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2464); Por. do rozp. MZ z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011, Nr 151, poz. 896).

[316] Zob. art. 5 ust. 12 i 13 u.zawod.lek., stanowiący że osoba odbywająca praktyczne nauczanie wykonuje czynności wynikające z ramowego programu zajęć praktycznych pod bezpośrednim nadzorem opiekuna; oraz art. 14 ust. 6 i 7 u.zawod.fizjoter., zgodnie z którym osoba odbywająca praktykę wykonuje zadania zawodowe wynikające z ramowego programu praktyki zawodowej pod bezpośrednim nadzorem opiekuna.

[317] Por. M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego, t. 1*, Warszawa 1978, s. 148.

[318] Wyr. SN z dnia 3 sierpnia 2006 r., WA 23/06, OSNwSK 2006, Nr 1, poz. 1539.

[319] Por. w zakresie istoty zasady bezpośredniości: H. Paluszkiewicz [w:] P. Wiliński (red.), *System Prawa Karnego Procesowego. Zasady procesu karnego, t. 3*, Warszawa 2014, s. 1005 i n.; Zob. też: T. Nowak, *Zasada bezpośredniości w polskim procesie karnym*, Poznań 1971.

[320] Por. w zakresie rozumienia pojęcia „bezpośredni wykonawca": P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 287 i n.

[321] Por. wyr. SN z dnia 30 maja 1973 r., III KR 6/73, LEX Nr 21565 – wedle którego „przez bezpośrednie niebezpieczeństwo rozumieć bowiem należy takie, które grozi określonemu dobru natychmiast, a więc zagraża tak, że wszelka zwłoka w podjęciu czynności ratowniczych mogłaby czynić je bezprzedmiotowymi".

[322] Por. post. SN z dnia 23 maja 2007 r., V KK 265/06, OSNKW 2007, Nr 7-8, poz. 58; oraz wyr. SN z dnia 4 września 2007 r., II KK 322/06, OSNwSK 2007, Nr 1, poz. 1964 – zgodnie z którymi „określenie «bezpośrednio zmierza» do dokonania czynu zabronionego (…) oznacza całość zachowań wiodących wprost do wypełnienia jego znamion, stwarzających realne zagrożenie dla chronionego dobra prawnego".

nie zaś tylko abstrakcyjny[323]; nie taki, którego dokonuje się niejako „przy okazji”[324]. W tym sensie występujący w praktyce medycznej tzw. „dyżur pod telefonem”[325] nie może być uznany za właściwą (skuteczną i efektywną) formę sprawowania nadzoru bezpośredniego.

Już jednak nie tak restrykcyjnie ujęty jest nadzór w przypadku kształcenia podyplomowego, w ramach którego wprawdzie przewiduje się jego sprawowanie, lecz co do zasady bez doprecyzowania, że musi być on bezpośredni, z czego można wnioskować o jego zasadniczo ogólnym charakterze[326]. W przeważającej mierze przejawia się on – jak można wnioskować z uregulowań ustawowych – wykonywaniem czynności medycznych „we współpracy” ze sprawującym pieczę albo uzależnieniem ich powierzenia od wcześniejszej „konsultacji”, „uzgodnienia” lub „zasięgnięcia opinii”[327].

---

[323] Por. wyr. SN z dnia 9 września 1999 r., III KKN 704/98, LEX Nr 39096 – w którym wskazano, że w porównaniu z przygotowaniem usiłowanie „to coś więcej, bowiem sprawca «w zamiarze popełnienia czynu zabronionego swoim zachowaniem bezpośrednio zmierza do jego dokonania». Usiłowanie jest zatem bardziej konkretne, niż przygotowanie, a zagrożenie dobra chronionego staje się realne”; stąd „wyjaśnienie różnicy pomiędzy przygotowaniem, a usiłowaniem sprowadza się do ustalenia, czy zachowanie sprawcy było abstrakcyjnym, czy też konkretnym zagrożeniem dla chronionego prawem dobra”.

[324] Por. J. Raglewski [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 666 – Autor rozważając pojęcie „przedmiotów pochodzących bezpośrednio z przestępstwa” podnosi, że na podstawie art. 44 K.k. „nie jest możliwe orzeczenie przepadku przedmiotów, które wprawdzie znalazły się we władztwie sprawcy w związku z popełnieniem przez niego przestępstwa, niemniej jednak nie nastąpiło to w ramach realizacji znamion tego czynu karalnego, lecz niejako «przy okazji»”.

[325] Por. art. 95 ust. 1 u.działaln.leczn.

[326] Zob. art. 15 ust. 3a u.zawod.lek., zgodnie z którym lekarz (lekarz dentysta) odbywa staż podyplomowy pod nadzorem opiekuna; § 6 ust. 1 i § 25 ust. 1 oraz § 7 ust. 1 pkt 2 i § 25 ust. 1 pkt 2 rozp.szkol.podypl.pielęgn., stanowiące że do obowiązków kierownika specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego należy m.in. zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji/ kursu kwalifikacyjnego, w ramach szkolenia praktycznego; art. 47 ust. 1 u.zawod.fizjoter., wskazujący że szkolenie specjalizacyjne odbywa się pod nadzorem kierownika specjalizacji.

[327] Zob. np. art. 15 ust. 3b ust. 5 u.zawod.lek., zgodnie z którym lekarz stażysta jest uprawniony do: przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich, jak również wydawania zleceń lekarskich – po konsultacji z opiekunem; wydawania skierowań na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta – po uzgodnieniu z lekarzem posiadającym PWZ na czas nieokreślony; stosowania metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz wykonywania zabiegów operacyjnych – wspólnego z lekarzem posiadającym PWZ na czas nieokreślony; prowadzenia historii choroby i innej dokumentacji medycznej – we współpracy z opiekunem; doraźnego podania lub zlecenia podania leków pacjentowi w stanach nagłych, przy czym jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii jednego lekarza; wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich – po uzgodnieniu z opiekunem treści zawartych w nich informacji.

Przy czym w przypadku specjalizacji lekarskiej zdaje się być on określony nawet nieco bardziej liberalnie, gdyż ten rodzaj szkolenia odbywany jest „pod kierunkiem", nie zaś „pod nadzorem" czy „pod kierownictwem", natomiast kierownik specjalizacji generalnie sprawuje nadzór nie tyle nad czynnościami wynikającymi z programu specjalizacji, ile nad „realizacją programu szkolenia specjalizacyjnego"[328]. Tym samym sytuacje, kiedy baczenie nad pracą specjalizanta ma charakter ściślejszy niż typowy – skądinąd enumeratywnie wyliczone w ustawie – stanowią wyjątek od wskazanej reguły[329]. Poza zatem szczególnymi okolicznościami – znamionowanymi zwłaszcza podwyższonym ryzykiem dla pacjenta – w ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, a w określonych przypadkach zamiast niego kierownik tzw. „stażu kierunkowego", głównie konsultuje i ocenia proponowane i wykonywane przez specjalizanta badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta; zaś w przypadku upewnienia się co do nabycia przez podopiecznego umiejętności samodzielnego wykonywania zabiegów bądź stosowania metod diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, sprawuje jedynie ogólny nadzór nad ich wdrażaniem, bez konieczności stosowania nadzoru bezpośredniego w postaci osobistego w nich uczestnictwa.

Ostatnia z poczynionych uwag wprowadza w problematykę uzależnienia natężenia stosowanych środków nadzorczych od stopnia zaawansowania procesu danego szkolenia i indywidualnych postępów w nauce poczynionych przez osobę biorącą w nim udział. W omawianym kontekście godnym podniesienia jest bowiem ponadto, że – jak na to wskazuje interpretacja stosownych uregulowań prawnych – nadzór nad szkolącym się może różnie kształtować się nie tylko ze względu na poziom kształcenia (np. studia, staż podyplomowy, specjalizacja), lecz także w zależności od efektów nabywania – w jego ramach – przewidzianych programem: wiedzy, umiejętności i kompetencji. Skoro bowiem – przykładowo – zgodnie z art. 16m ust. 7 pkt 3-4 u.zawod.lek. kierownik specjalizacji „uczestniczy w wykonywanym

[328] Zob. art. 16m ust. 1, 3 i 7 u.zawod.lek., na podstawie którego lekarz (lekarz dentysta) odbywa szkolenie specjalizacyjne/ staż kierunkowy pod kierunkiem kierownika specjalizacji/ kierownika stażu, zaś kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu szkolenia specjalizacyjnego.

[329] Zob. art. 16m ust. 7 ust. pkt 3-4 u.zawod.lek., na podstawie którego: w ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, a w określonych przypadkach kierownik stażu, m.in. „prowadzi nadzór nad wykonywaniem przez lekarza zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania" oraz „uczestniczy w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania".

przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania", to *a contrario* wnioskować można, że z momentem osiągnięcia przez podopiecznego odpowiedniego poziomu przygotowania fachowego bezpośredni nadzór nad tego rodzaju czynnościami nie jest wymagany. Wprawdzie szczegółowych wskazówek we wskazanym zakresie dostarczać może konkretny program nauczania (np. stażu podyplomowego, specjalizacji), w którym precyzuje się formy szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia, w tym także poprzez dokładne określenie wymaganej programem minimalnej liczby zabiegów lub procedur medycznych wykonywanych przez szkolącego się z asystą lub pod nadzorem albo samodzielnie[330]; sugerując tym samym liczbę świadczeń udzielonych wspólnie z nadzorującym, pozwalającą na ich opanowanie w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonanie. Niemniej, jak można sądzić na podstawie przywołanego przepisu, samo ustawodawstwo regulujące kształcenie w zawodach medycznych statuuje władzę dyskrecjonalną nadzorujących jego przebieg do modelowania jej natężenia w zależności od indywidualnych postępów swych podopiecznych. Tam zaś, gdzie sztywne ramy ustawowe ulegają zamierzonemu rozmyciu, tam też naturalnie wkracza ogólna reguła ostrożnościowa właściwa tym okolicznościom, jaką jest zasada ograniczonego zaufania. To z kolei skłania do przekonania, że wraz z uzasadnionym wzrostem zaufania – podyktowanym pomyślnym przebiegiem szkolenia – miarkowane może być wdrażanie działań najgłębiej wnikających w istotę pracy wykonywanej pod nadzorem (np. bezpośredniej obserwacji i bieżącego instruktażu co do sposobu wykonywania poszczególnych czynności składających się na udzielenie kompleksowego świadczenia zdrowotnego bądź asysty przy udzielaniu danego świadczenia zdrowotnego).

Aczkolwiek wyodrębnić trzeba również i takie czynności medyczne – specyficzne dla świadczeń z założenia cechujących się podwyższonym ryzykiem dla pacjenta lub wysokospecjalistycznych – aktywny udział w których obwarowany jest szczególnymi obostrzeniami. Wśród nich wymienić można świadczenia z zakresu transplantologii, w przypadku których odrębnie reguluje się charakter pieczy sprawowanej nad szkolonym

[330] Zob. § 13 ust. 1 pkt 6 rozp.specjal.lek.; oraz programy specjalizacji lekarskich, opubl. na oficjaln. str. internet. CMKP, https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/ [dostęp 23.02.2020].

i każdorazowe jej przejawy, w zależności od złożoności i ryzykowności procedury[331]. Jak wypada wnioskować na podstawie wspomnianej regulacji, intensywność nadzoru uzależnia się od tego czy czynność, do udziału w której dopuszczony jest specjalizant, stanowi transplantację *ex vivo* czy *ex mortuo*, pobranie czy przeszczepienie, zabieg wykonany z wykorzystaniem komórek, tkanek czy narządów. Przykładowo do pobierania narządów ze zwłok, w tym od dawców, u których stwierdzono nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) albo nieodwracalne zatrzymanie krążenia – lekarz odbywający specjalizację uprawniony jest pod warunkiem uzyskania pisemnego upoważnienia kierownika jednostki i objęcia tegoż specjalizanta przez lekarza specjalistę „bezpośrednim nadzorem", rozumianym jako „możliwość natychmiastowego i nieograniczonego kontaktu, co najmniej telefonicznego"[332]. Z kolei do pobierania od żywych dawców komórek krwi pępowinowej w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi – lekarz odbywający specjalizację dopuszczony jest pod warunkiem uzyskania upoważnienia lekarza specjalisty i wykonywania tych czynności pod jego „bezpośrednim nadzorem", rozumianym jako „fizyczna obecność na terenie komórki lub jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego, w której odbywa się czynność pobrania"[333]. Natomiast do pobierania od żywych dawców komórek szpiku lub narządów w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi – lekarz odbywający specjalizację uprawniony jest pod warunkiem, poza uzyskaniem stosownego upoważnienia lekarza specjalisty, że objęty zostanie przez niego „bezpośrednim nadzorem", rozumianym jako „fizyczna obecność na sali operacyjnej, w której odbywa się czynność pobrania"[334]. Jeszcze wyższe wymagania – niż w przypadku pobierania komórek, tkanek i narządów – przewidziane są dla okoliczności ich przeszczepiania, a mianowicie: lekarz odbywający specjalizację uprawniony jest do dokonywania tego rodzaju czynności medycznych jedynie pod warunkiem uzyskania upoważnienia

[331] Zob. rozp.transplant.

[332] Zob. § 4 pkt 2 rozp.transplant.

[333] Zob. § 3 ust. 3 pkt 2 rozp.transplant.; Ten sam poziom intensywności nadzoru („fizyczna obecność na terenie komórki lub jednostki organizacyjnej zakładu leczniczego, w której odbywa się czynność pobrania") przewidziany jest w okolicznościach określonych w: § 3 ust. 2 pkt 2 (pobierania od żywych dawców komórek krwi obwodowej, w tym komórek krwiotwórczych krwi obwodowej drogą aferezy z krwi obwodowej); § 3 ust. 4 pkt 2 (pobierania od żywych dawców krwi obwodowej pełnej) oraz § 3 ust. 5 pkt 2 (pobierania od żywych dawców innych tkanek oraz komórek).

[334] Zob. § 3 ust. 1 pkt 2; Ten sam poziom intensywności nadzoru („fizyczna obecność na sali operacyjnej podczas czynności pobrania") przewidziany jest w okolicznościach określonych w: § 5 pkt 2 (pobierania narządów od żywych dawców).

lekarza specjalisty i dokonywania ich pod jego „bezpośrednim nadzorem", rozumianym jako „fizyczna obecność przy czynności przeszczepienia"[335].

Kończąc rozważania poświęcone kształtowi pieczy sprawowanej nad odbywającymi szkolenie w zawodach medycznych warto zwrócić uwagę na dwie jeszcze kwestie, charakterystyczne – a zarazem uniwersalne – dla wszystkich tego rodzaju zależności. A mianowicie, po pierwsze analiza przepisów regulujących instytucję nadzoru nad praktykantem, stażystą lub specjalizantem, odwołujących się w szczególności do takich określeń jak „konsultowanie" „uzgadnianie" „współpraca", „opiniowanie" i „ocenianie" skłania do przekonania, że w tego rodzaju nadzorze, pozostającym w bezpośrednim powiązaniu z zadaniami dydaktycznymi, nacisk kładzie się na działania zapobiegawcze i bieżącej korekty[336]; a dopiero na dalszych etapach, w miarę potrzeb i możliwości – naprawcze; i ewentualnie, ostatecznie – dyscyplinujące. Drugą zaś istotną kwestią, zasługującą na podkreślenie w tym kontekście, jest katalog środków nadzorczych przyznanych czuwającemu nad procesem szkolenia, a dokładniej te jego elementy, które – jako że wykraczają poza typowe spektrum narzędzi władczej ingerencji przyznanych pracodawcy lub osobie przez niego upoważnionej – charakterystyczne są dla świadczenia pracy w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych. Chodzi mianowicie o przysługujące opiekunowi praktyk lub stażu albo kierownikowi specjalizacji kompetencje do systematycznego sprawdzania efektów kształcenia teoretycznego i praktycznego, w tym poprzez przeprowadzanie kolokwiów na ocenę, a także możliwość wydawania opinii co do uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole, jak również wnioskowania o przerwanie szkolenia wobec braku jego postępów[337].

[335] Zob. § 6-8 rozp.transplant.

[336] W tym zapoznawanie (np. z nowym obszarem wiedzy, zakresem obowiązków, regulaminem, standardami); instruowanie (np. co do praktycznego zastosowania nabytej wiedzy, określonej metody leczenia); asystowanie (np. przy wykonaniu procedury medycznej); obserwacja (np. efektów uczenia się w celu zidentyfikowania uzdolnień lub braków w wiedzy, umiejętnościach i kompetencjach); ukierunkowywanie (np. postawionego rozpoznania poprzez uszczegóławianie bądź potwierdzanie poprawności wstępnie postawionych tez i wniosków); modyfikację (np. listy proponowanych badań albo wyniku i opisu już wykonanych i zinterpretowanych).

[337] Zob. – w zakresie specjalizacji: art. 16m ust. 7 ust. pkt 5-6 u.zawod.lek.; Zob. też – w zakresie stażu podyplomowego: § 7 ust. 6 pkt. 4-5, § 9 ust. 2 pkt. 2 i 12, § 13 oraz §14 rozp.staż.podypl.lek.

4.4.6. Należyta reakcja na zidentyfikowane nieprawidłowości lub ryzyka ich wystąpienia

Rozważania poświęcone zakresowi wzajemnej weryfikacji zachowań podejmowanych w zespole medycznym warto zwieńczyć wskazując modelowe reakcje, jakich należałoby oczekiwać od osób dostrzegających sygnały świadczące o konieczności podjęcia interwencji celem ochrony prawnych dóbr pacjenta. Niewłaściwa bowiem reakcja na zidentyfikowane nieprawidłowości lub ryzyka ich wystąpienia, w tym zaniechanie jej podjęcia, może stanowić podstawę do stwierdzenia naruszenia zasady ograniczonego zaufania i wypływającej z niej reguły należytego nadzoru.

Jak się wydaje, kierunki prawidłowej reakcji – związanej z zauważeniem owych niepokojących symptomów – zależne są w szczególności od tego, jak szybkiej reakcji wymaga dynamika zdarzenia, a w konsekwencji jakimi możliwościami czasowymi dysponuje współpracownik obowiązany ją przejawić. Istotne jest również to, jak wyraźnej interwencji wymaga sytuacja, biorąc pod uwagę ciężar gatunkowy uchybień lub niedomogów wykrytych u obserwowanej osoby. W tym celu ocenie poddać należy w szczególności rozmiary szkody wyrządzonej lub grożącej w związku z dalszym wykonywaniem powierzonych rzeczonej osobie zadań oraz – jeśli już doszło do nieprawidłowości – wagę naruszonych przez nią obowiązków oraz rodzaj niedochowanych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Jeśli problem koncentruje się raczej wokół wspomnianych niedomogów niż uchybień, należy wziąć pod uwagę rodzaj niedyspozycji oraz szkodliwość wynikłego z niej zachowania, jeśli doszło już do naruszeń, albo prawdopodobieństwo spowodowania negatywnych następstw w stanie psychofizycznym właściwym wskazanej osobie. Nie bez znaczenia pozostaje również okoliczność czy niedyspozycja ma charakter czasowy czy trwały oraz jakie są dalsze rokowania w zakresie możliwości sprostania wymogom zachowania się w sposób pożądany lub chociażby akceptowalny. A zatem – ujmując powyższe innymi słowy – poza stopniem pilności (np. przypadek pilny czy stabilny), istotnym jest zidentyfikowanie wagi problemu (np. nieznaczne niedociągnięcia, usterki lub przeoczenia czy rażące błędy) i natężenia, z jakim występuje (np. jednorazowa omyłka czy seria nieprawidłowości świadcząca o dalszej negatywnej prognozie, w szczególności o pogłębianiu się obserwowanego zjawiska). Na wskazaną sytuację mają wpływ również takie czynniki jak sposób przyjęcia ewentualnej krytyki przez jej adresata, realna możliwość skonsultowania potencjalnej kwestii spornej z bardziej

doświadczoną osobą lub osobą posiadającą rozleglejsze kwalifikacje, oraz aspekt podległości członków danego zespołu wspólnemu zwierzchnikowi. Uwadze nie powinna ujść również w tym kontekście kwestia tego, że środki władczej ingerencji, charakterystyczne dla funkcji nadzoru, zastrzeżone są dla osób uprawnionych do ich podejmowania, chyba że – co należy naświetlić – zachodzi stan wyższej konieczności.

Zachowując dotychczasową chronologię prezentowania kwestii problemowych wypada rozpocząć od rozważenia reakcji właściwej w okolicznościach udzielania świadczeń zdrowotnych w środowisku pracy, w którym zachodzą stosunki o charakterze partnerskim; reakcji właściwej to jest z jednej strony możliwie skutecznej z punktu widzenia zasady ograniczonego zaufania i wypływającej z niej reguły należytego nadzoru, z drugiej zaś – możliwej do wdrożenia przez osoby niedysponujące kompetencjami władczej ingerencji w działalność współleczących.

Co do zasady, jeśli stan pacjenta jest stabilny, a zatem nie wymagający pilnej lub natychmiastowej reakcji[338], odpowiedzią na zidentyfikowane nieprawidłowości może być zgłoszenie zastrzeżeń współpracownikowi, którego one dotyczą i skonfrontowanie z nim podnoszonych wątpliwości lub zwrócenie się do niego o uzasadnienie wydanej decyzji klinicznej[339]. W przypadku, gdy działanie to okaże się nieskuteczne, wskazanym

[338] Zob. § 2 pkt 9-12 rozp.stand.anest. – zgodnie z którym: „zabieg w trybie natychmiastowym" to „zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równoczasowo z zabiegiem"; „zabieg w trybie pilnym" to „zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym"; „zabieg w trybie przyśpieszonym" to „zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym"; natomiast „zabieg w trybie planowym" to „zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora"; Zob. też: rozp. MZ dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661), które stanowi, że pacjent kwalifikowany jest do kategorii „przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia", natomiast do kategorii „przypadek stabilny", jeżeli jego stan jest inny niż „stan nagły" i „przypadek pilny"; Por. art. 3 pkt 8 u.PRM, zgodnie z którym stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć jako „stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia".

[339] Zob. art. 52 ust. 3 zd. 1 KEL, zgodnie z którym „lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi"; art. 15 ust. 3

wydaje się odstąpienie od współpracy[340] i niezwłocznie zawiadomienie o tym incydencie przełożonego, a gdy istnieją ku temu podstawy – także właściwych organów samorządu zawodowego[341].

Alternatywnym dopuszczalnym rozwiązaniem wydaje się poczynienie weryfikacji działalności poprzednika we własnym zakresie i podjęcie samodzielnej decyzji co do dalszego przebiegu leczenia, wedle swojej najlepszej wiedzy, zwłaszcza w sytuacjach typowych dla działania sekwencyjnego w leczeniu planowym[342]; z tym jednak zastrzeżeniem, że w przypadku ujawnienia na tej drodze istotnej rozbieżności podejść w zakresie diagnozy i terapii wskazane jest zasięgnięcie opinii innego równie wykwalifikowanego specjalisty bądź osoby o bogatszym doświadczeniu

u.zawod.pielęgn., stanowiący, że „w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania"; ust. II pkt 8 części szczegółowej KEPiP, wedle którego „pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego"; art. 6 ust. 2 zd. 1 u.zawod.fizjoter., stosownie do którego „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"; art. 8 ust. 1 u.zawod.fizjoter., który stanowi, iż „jeżeli osoba wykonująca zawód medyczny stwierdziła naruszenie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty, jest obowiązana niezwłocznie przekazać swoje uwagi osobie naruszającej zasady wykonywania zawodu".

[340] Zob. art. 12 ust. 2 u.zawod.pielęgn., zgodnie z którym „pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej", chyba że zachodzą okoliczności, gdy zwłoka w udzieleniu pacjentowi pomocy mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego; art. 6 ust. 2 zd. 2 u.zawod.fizjoter., wedle którego w przypadku uzasadnionych wątpliwości odnoszących się do zleceń lekarza w zakresie fizjoterapii, fizjoterapeuta – poza prawem, aby domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania – ma także prawo odmowy wykonania określonego świadczenia; art. 28 ust 1 u.diagn.lab., który stanowi, że „diagnosta laboratoryjny ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli wykonanie tego zlecenia może zagrozić życiu lub zdrowiu pacjenta, chyba że po zwróceniu lekarzowi uwagi na wspomniane niebezpieczeństwo ten ostatni ponowi zlecenie na piśmie".

[341] Zob. art. 52 ust. 2-4 KEL, zgodnie z którym wprawdzie „lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób", niemniej jeżeli interwencja podjęta w celu zwrócenia innemu lekarzowi uwagi na popełnione w jego postępowaniu błędy okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej, zaś w takich okolicznościach „poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej innego lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki"; oraz art. 8 ust. 1-2 u.zawod.fizjoter., stanowiący, że jeżeli osoba wykonująca zawód medyczny stwierdziła naruszenie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty i następnie niezwłocznie przekazała swoje uwagi osobie naruszającej zasady wykonywania zawodu, lecz interwencja ta okazała się nieskuteczna, a dalsze naruszanie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty może prowadzić do zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, osoba ta obowiązana jest niezwłocznie zawiadamiać o tym bezpośredniego przełożonego oraz rzecznika dyscyplinarnego.

[342] Por. G. Rejman, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 54-55.

zawodowym, ewentualnie zgłoszenie sprawy do wspólnego przełożonego i uzgodnienie z nim dalszej ścieżki postępowania[343].

Sytuacja inaczej kształtuje się w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego[344], w odniesieniu do których dynamika zdarzenia wymaga szybkiej reakcji, ograniczając w konsekwencji możliwości czasowe w zakresie konsultacji przypadku klinicznego z osobami z zewnątrz, mogącymi pomóc w rozwiązaniu ewentualnego konfliktu lub wyjaśnieniu wątpliwości powstałych w toku prac danego zespołu medycznego. Zwłaszcza jednoczesne działanie, szczególnie pod presją czasu, może nie dawać szansy nie tylko na poprzedzenie reakcji dłuższym namysłem lub konsultacjami zewnętrznymi, lecz niejednokrotnie nawet na dojście do porozumienia w ramach samego zespołu. W tym kontekście decydującym jest ciężar gatunkowy wykrytej nieprawidłowości oraz to, na ile dostrzeżone błędy lub cechy świadczące o niezdolności danej osoby do pracy są dla pozostałych współdziałających jasne i oczywiste, jak również skłonność danej osoby do poddania się krytyce i ewentualnej korekty zachowań własnych pod naciskiem reszty grupy. Im wadliwość działań danej osoby lub jej niedyspozycja są poważniejsze, a przy tym opór danej osoby silniejszy, tym bardziej zdaje się uzasadnione odwołanie się do instytucji stanu wyższej konieczności, a w następstwie tego odsunięcie danej osoby od pracy i przejęcie jej obowiązków, mimo niezachodzenia w danych okolicznościach stosunku podległości uprawniającego – w sytuacjach typowych – do wydawania wiążących poleceń[345]. A zatem działanie w warunkach stanu wyższej konieczności może uzasadniać zastosowanie nawet takich środków reakcji, jakie formalnie przysługują tylko przełożonemu bądź opiekunowi szkolenia. Interwencję tego rodzaju można przyrównać do zachowania zwanego na gruncie ruchu drogowego „manewrem obronnym", rozumianym jako przedsięwzięcie czynności, która niekiedy, w sytuacjach nagłego zagrożenia, może przejawiać się nawet naruszeniem przepisów

[343] Por. art. 37 u.zawod.lek., stanowiący, że „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"; art. 6 ust. 3 u.praw.pacjent., wedle którego „pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych: 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie; 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej)".

[344] Zob. art. 3 pkt 8 u.PRM, zgodnie z którym stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć jako „stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia".

[345] Zob. art. 52 ust 5 KEL, zgodnie z którym „jeżeli dostrzeżony błąd, popełniony przez innego lekarza, ma niekorzystny wpływ na stan zdrowia pacjenta należy podjąć działania dla odwrócenia jego skutków".

lub nieskodyfikowanych reguł, celem uniknięcia zmaterializowania się zaistniałego niebezpieczeństwa w postaci penalizowanego skutku (np. sprowadzenia katastrofy w ruchu lądowym, a w obszarze usług medycznych – spowodowania śmierci lub uszczerbku na zdrowiu pacjenta). Jak można ocenić, zachodzi wówczas sytuacja przekroczenia przez profesjonalistę medycznego własnych uprawnień (zawodowych, służbowych) dla ratowania życia i zdrowia, tj. kolizja obowiązku przestrzegania np. regulaminu pracy, który nie nadaje podejmującym interwencję stosownych instrumentów władczego wpływania na zachowania innych z nadrzędnym nakazem ochrony dóbr pacjenta. Rzecz jasna problem ten nie występuje, jeżeli w układzie zbliżonym w swych cechach do struktury poziomej wyznaczony jest, choćby na mocy zakresu obowiązków służbowych, pracownik posiadający głos rozstrzygający oraz środki prawne potrzebne do egzekwowania podjętej przez siebie decyzji, zgodnie z jej treścią.

Z kolei poddawszy rozwadze relacje typu podwładny – przełożony, szkolący się – opiekun i inne zbliżone układy, w których osobą podejmującą interwencję jest osoba o niższych kwalifikacjach lub zaszeregowaniu służbowym, można dojść do wniosku, że przedstawione rozwiązania znajdują odpowiednie zastosowanie względem osoby podporządkowanej (formalnie lub nieformalnie), która z samego faktu występowania z pozycji podległości nie jest zwolniona z odpowiedniej reakcji. Za takową można uznać chociażby podniesienie wątpliwości lub zwrócenie uwagi na daną problemową kwestię; w pierwszej kolejności – osobie, w działalności której identyfikuje się niepokojące symptomy. W przypadku zaś otrzymania dyspozycji obarczonej wadą, jako pożądaną wypada wskazać prośbę o powtórzenie polecenia lub – jeśli pozwala na to dynamika zdarzenia – wydania go na piśmie (np. poprzez wpisanie do dokumentacji medycznej)[346]; w ostateczności natomiast – zgłoszenie incydentu kierownikowi podmiotu leczniczego.

Natomiast w odwrotnym przypadku, czyli dostrzeżenia podstaw do ingerencji w pracę podwładnego (zależność służbowa) lub nadzorowanego (zależność nadzorcza), sytuacja jest o tyle klarowna, że kompetencje do tego rodzaju działania mają w założeniu – jak już niejednokrotnie podkreślano – jurydyczne osadzenie. Tam zatem, gdzie we wcześniej omówionych okolicznościach istnieje konieczność odwołania się do konstrukcji stanu wyższej konieczności, w przypadku osoby sprawującej funkcje kierownicze lub nadzorującego szkolenie wystarczy sięgnąć po przysługujące

[346] Tak też: D. Karkowska, *Zawody* …, 2012, s. 382 – Autorka proponuje ponadto rozwiązanie w postaci zwrócenia się do przełożonego o potwierdzenia polecenia w obecności świadków.

im mechanizmy władczej korekty działalności podlegającej oglądowi. Niemniej poza tego rodzaju skrajnymi incydentami – przemawiającymi bądź za czasowym odsunięciem od wykonywania określonych czynności (np. nietrzeźwość lub uwarunkowana problemami zdrowotnymi niezdolność do wykonywania obowiązków, rażące nieprawidłowości stwarzające realne zagrożenie dla dóbr prawnie chronionych albo jawne i uporczywe niereagowanie na sugestie przełożonego) bądź nawet za zupełnym wykluczeniem z zespołu, w tym poprzez wypowiedzenie umowy o pracę w trybie natychmiastowym (np. niekompetencja w natężeniu zdradzającym zupełny brak predyspozycji do wykonywania zawodu) – nie wydaje się konieczne stosowanie mechanizmów dyscyplinujących lub inicjowanie procesów zmierzających do ich wymierzenia, przewidzianych w ramach poszczególnych reżimów odpowiedzialności, tj. porządkowej (pracowniczej), zawodowej, kontraktowej, deliktowej lub karnej.

W sprawach mniejszej wagi, ujawnionych w ramach bieżącej weryfikacji jakości pracy, dokonywanej chociażby w ramach okresowej oceny pracowniczej (podległość służbowa) lub sprawdzenia efektów kształcenia (zależność nadzorcza szkolącego się), reakcja może sprowadzać się do podpowiedzi lub poinstruowania, udzielenia fachowych wskazówek, zwrócenia uwagi niebudzącej wątpliwości co do jej znaczenia oraz zażądania zmiany sposobu postępowania wraz z jednoczesnym wyznaczeniem jej oczekiwanych kierunków[347]. W przypadku incydentu o większym ciężarze gatunkowym, determinującym przyjęcie postawy nieufnej, lecz nieprzekreślającym zdolności do dalszej pracy w zawodzie lub na zajmowanym stanowisku, brak zaufania bądź okazywanie względnej nieufności może przejawiać się jednorazowym odsunięciem podwładnego od wykonywania czynności określonego rodzaju bądź czasowym pozbawieniem go sprawowanej funkcji, do momentu wykazania (np. poprzez przejście dodatkowego przeszkolenia), że jest w stanie wykonywać swoje obowiązki w sposób należyty[348]. Ewentualnie można rozważyć dopuszczenie sprawcy do dalszego wykonywania swojej pracy, ale pod wzmożonym nadzorem, właściwym dla osoby

[347] W tym tonie – w zakresie zalecanych sposobów reakcji: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 194-195; J. Radzicki, *Ryzyko* …, 1967, s. 221-222.

[348] Por. w tym kontekście – jako wzorzec dla zaproponowanych rozwiązań: art. 83 u.samorz.lek. – zgodnie którym, poza karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu, odpowiedzialność zawodowa może przejawiać się w postaci czasowego zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lub ograniczenia pełnienia określonych funkcji; Zob. też: art. 11 u.zawod.lek. – stanowiący, że w razie stwierdzenia przez okręgową radę lekarską niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, może on zostać zobowiązany do odbycia uzupełniającego przeszkolenia.

szkolącej się, skądinąd stanowiące niejako przyjęcie na siebie przez pracodawcę obowiązku wspomnianego przeszkolenia, jako że szkolenie w zawodach medycznych sprowadza się w istocie do pracy pod nadzorem. Przy czym pamiętać należy – na co zwracano już uwagę – że w przypadku praktykanta, stażysty lub specjalizanta, dysproporcja kwalifikacji względem wykwalifikowanych współpracowników, niedoświadczenie, braki w wiedzy bądź niedostateczne zdolności manualne, jako oczywiste w nakreślonych okolicznościach, nie przemawiają zasadniczo za wykluczeniem z zespołu lub odsunięciem od udziału we wspólnie udzielanych świadczeniach, lecz determinują odpowiedni nadzór nad aktywnością szkolącej się osoby, bardziej wzmożony niż w przypadku działalności osób wykwalifikowanych; przejawiający się przykładowo bezpośrednim wsparciem podczas wykonywania problemowych czynności, chociażby w postaci asysty. Niemniej, jako że osoba wyznaczona do nadzorowania szkolenia obowiązana jest, oprócz sprawowania pieczy, także do sprawdzania jego efektów, oceniania postępów oraz wydawania opinii co do uzdolnień i predyspozycji zawodowych u osoby jemu poddawanej[349] – nie wykluczonym jest, a niekiedy wręcz wskazanym, definitywne odsunięcie adepta od aktywności podejmowanych przezeń zgodnie z dedykowanym mu programem kształcenia, o co ma prawo wnioskować kierownik specjalizacji[350].

Kończąc rozważania poświęcone modelowym postawom wymaganym od osób posiadających mandat do władczej ingerencji w pracę innych osób warto raz jeszcze podkreślić, że akty upoważniające do korzystania z jej mechanizmów stanową jednocześnie źródło prawnego szczególnego obowiązku sięgnięcia po nie, celem doprowadzenia do zaprzestania naruszeń i uchylenia tym samym grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa lub zapobiegnięcie mu.

5. Zasada kolegialnego podejmowania decyzji

Nie tylko wcześniej omówiona zasada należytego nadzoru, lecz również dyrektywa kolegialnego podejmowania decyzji jest swoistego rodzaju pochodną zasady ograniczonego zaufania, z tym że – w przeciwieństwie do wyjściowej reguły – nakazuje ograniczone zaufanie nie tyle do innych, co do własnych możliwości. Dyktuje

[349] Zob. – w zakresie specjalizacji: art. 16m ust. 7 ust. pkt 5-6 u.zawod.lek.; Zob. też – w zakresie stażu podyplomowego: § 7 ust. 6 pkt. 4-5, § 9 ust. 2 pkt. 2 i 12, § 13 oraz §14 rozp.staż.podypl.lek.

[350] Zob. art. 16m ust. 7 ust. pkt 5-6 u.zawod.lek.

ona bowiem powinność zasięgnięcia opinii innego specjalisty medycznego, w przypadku powzięcia wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych. Wyraża ona zatem prawo i zarazem obowiązek prezentowania postawy samokrytycznej, powinność samokontroli[351]. Można wyodrębnić dwa jej aspekty, a mianowicie sytuacje, gdy to w gestii samego pracownika medycznego, po zrodzeniu się u niego wątpliwości, pozostaje decyzja skonsultowania się z innym profesjonalistą (ogólny obowiązek kolegialnego podejmowania decyzji) oraz przypadki, w których na drodze aktu normatywnego niejako narzuca się zwiększony poziom nieufności do rozstrzygnięć samodzielnie podejmowanych przez pojedynczego pracownika medycznego, nakazując mu działanie interpersonalne (szczególny obowiązek kolegialnego podejmowania decyzji).

Normatywne odzwierciedlenie zasady kolegialnego podejmowania decyzji, w pierwszym z wyróżnionych nurtów, stanowi art. 37 u.zawod.lek., zgodnie z którym fakt pojawienia się w danym przypadku klinicznym wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych determinuje konieczność rozważenia przez lekarza (lekarza dentystę), z perspektywy wymagań aktualnej wiedzy medycznej, czy należy zasięgnąć opinii innego, właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie[352]. Doprecyzowaniem zaś uregulowania ustawowego w tym względzie jest art. 10, art. 18 oraz art. 54 KEL, w których podkreśla się, że lekarz (lekarz dentysta) nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe, a jeśli zakres przedsięwziętej czynności przewyższa je, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to jedynie nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać życiu lub zdrowiu chorego. W razie zaś wątpliwości diagnostycznych i leczniczych lekarz (lekarz dentysta) powinien, w miarę możliwości, zapewnić choremu konsultację innego lekarza, przy zastrzeżeniu, że opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie.

[351] Por. wyr. SN z dnia 24 maja 2005 r., V KK 375/04, LEX Nr 145155 – w zakresie, w jakim skład orzekający postrzega obowiązek wynikający z art. 37 u.zawod.lek. w kategoriach „powinności krytycznej analizy leczenia na każdym jego etapie po to, by wykluczyć wątpliwości diagnostyczne lub terapeutyczne".

[352] Zob. art. 37 u.zawod.lek., zgodnie z którym „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"; Por. M. Malczewska [w:] E. Zielińska (red.), *Ustawa* …, 2014, s. 671-677; A. Dyszlewska-Tarnawska [w:] L. Ogiegło (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 449-450; Ł. Caban [w:] M. Kopeć (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 695-696; R. Kubiak, *Lekarski obowiązek konsultacyjny*, MP 2019, Nr 6, s. 125-130; oraz przywołane tam orzecznictwo sądowe.

Co więcej, nie może on sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza; a wręcz, na życzenie pacjenta, powinien ułatwić mu taką konsultację.

Ze wskazaną powinnością podjęcia stosownej decyzji, z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta, skorelowane jest prawo leczącego się do domagania się od lekarza (lekarza dentysty) zajęcia stanowiska w tym względzie, wyrażone w art. 6 ust. 3 pkt 2 u.praw.pacjent. Analogiczne uprawnienie przyznane jest pacjentowi w stosunku do pomocy medycznej świadczonej przez pielęgniarki i położne, od których może on żądać, aby zasięgnęły one opinii innej przedstawicielki swojej profesji[353]. Warto nadmienić, że choć zasada ta nie została skodyfikowana w ustawach regulujących wykonywanie innych zawodów medycznych, należy uznać, że jej działanie rozciąga się na wszelkie świadczenia zdrowotne – niezależnie od tego przez którego spośród profesjonalistów medycznych jest ono udzielane – jako że dyrektywę tę można wywieść z ogólnego obowiązku ostrożności w wykonywaniu aktywności zawodowej[354]. W odniesieniu do części z nich zasadę tę można odnaleźć jednakowoż w aktach deontologicznych[355].

Warto na marginesie nadmienić, że zgodnie ze standardami akredytacyjnymi zaleca się, aby opracowane w szpitalu zasady postępowania uwzględniały określenie czasu i osób wyznaczonych do konsultacji planowych i nagłych, co odnosi się także

[353] Art. 6 ust. 3 pkt 2 u.praw.pacjent., który stanowi, co następuje: „Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych: 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie; 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej)"; Zob. też: art. 6 ust. 4-6 u.praw.pacjent., stanowiący, że lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie pacjenta w tym względzie jest bezzasadne, niemniej żądanie to oraz odmowę lekarza odnotowuje się w dokumentacji medycznej; a ponadto zgodnie z którym powyższy sposób postępowania stosuje się także do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgania opinii innej pielęgniarki (położnej); Zob. też: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 115-120; S. Niemczyk, A. Łazarska, *Prawo pacjenta do zasięgnięcia dodatkowej opinii lekarskiej oraz zwołania konsylium*, PiM 2012, Nr 47, s. 5-16.

[354] Por. u.zawod.pielęgn.; u.diagn.lab.; u.PRM; u.P.farmaceut.; u.zawod.fizjoter. – przy czym, zasadę tę można pośrednio wywodzić z art. 6 ust. 1. u.zawod.fizjoter., stanowiącym, że „przy wykonywaniu zawodu fizjoterapeuta współpracuje z osobami wykonującymi inne zawody medyczne".

[355] Zob. § 15 KEDL, zgodnie z którym „diagnosta laboratoryjny przestrzega zasady kompetencji, a w przypadku problemów przekraczających jego wiedzę, bądź jakichkolwiek wątpliwości dotyczących uzyskanych wyników lub ich interpretacji winien zasięgać porad odpowiednich specjalistów"; art. 26 ust. 1 i 2 KEA, stanowiący, że „aptekarz nie przekracza swoich kompetencji w zakresie wykonywania usług, do których nie jest przygotowany merytorycznie", zaś „w razie wątpliwości przy wykonywaniu czynności zawodowych korzysta z konsultacji innego aptekarza"; Zob. też: ust. IV pkt 1 zd. 1 części szczegółowej KEPiP – wskazujący, że pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka – z którego pośrednio można wywodzić omawianą zasadę.

do konsultacji poza szpitalem oraz konsultacji nagłych w weekendy i święta[356]. Ponadto, aby usprawnić proces konsultowania przypadków klinicznych „informacje o sposobie uzyskiwania konsultacji powinny być łatwo dostępne we wszystkich obszarach sprawowania opieki. Należy również określić sposób dokumentowania konsultacji"[357].

Z kolei tytułem przykładu rozwiązań normatywnych czerpiących z zasady kolegialnego podejmowania decyzji – w drugim z wyróżnionych ujęć – można podać cały szereg rozproszonych uregulowań wyartykułowanych w aktach prawnych zarówno rangi ustawowej, jak i niższego rzędu, które ze względu na ich mnogość warto sklasyfikować w dalszym toku wywodu. Nieco wyprzedzając ich egzemplifikację godzi się jednakowoż nadmienić, że *ratio legis* przepisów nakazujących działanie interpersonalne jest zapewnienie obiektywizacji podejmowanych decyzji lub zminimalizowanie prawdopodobieństwa popełnienia błędu, zwłaszcza w newralgicznych kwestiach, za jakie można uznać te, co do których z mocy prawa nakłada się wymóg stosownej współpracy[358]. Jak słusznie zauważa bowiem E. Zielińska – odnosząc się do współpracy biegłych psychiatrów na okoliczność wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego – za przyjęciem tego rodzaju rozwiązania „przemawiają, poza formalnymi, również względy merytoryczne" jako że „praca kolektywna stwarza lepsze warunki do starcia się przeciwstawnych poglądów i racji, umożliwia wzajemną kontrolę prawidłowości oceny wyników badań, logiczności rozumowania i zasadności argumentacji w świetle aktualnego stanu wiedzy psychiatrycznej oraz doświadczenia"[359].

Wśród sytuacji skłaniających prawodawcę do wyrażenia wprost obowiązku konsultacji z innym profesjonalistą medycznym lub ich współpracy w określonym składzie i zakresie, warto wskazać następujące ich kategorie: po pierwsze – konieczność niezwłocznego udzielenia pomocy pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia na to zgody[360]; po drugie – wyjątkowa złożoność decyzji klinicznej lub bezwzględna nieodwracalność

[356] E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program Akredytacji – Szpitale. Zestaw Standardów*, Kraków 2009, s. 34.

[357] E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009.

[358] W tym tonie: E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 41-44; M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 120.

[359] E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 43.

[360] Zob. np. w odniesieniu do lekarza i lekarz dentysty – art. 33 ust. 2, art. 34 ust. 7 i art. 35 ust. 1 u.zawod.lek.; oraz w zakresie zawodów pielęgniarki i ratownika medycznego – art. 11 ust. 10b u.PRM.

jej konsekwencji[361]; po trzecie – wymóg szczególnej bezstronności[362]; po czwarte – względy pragmatyczne i prakseologiczne przemawiające za współdziałaniem

[361] Zob. np. art. 16c ust. 3-5 u.transplant., stanowiący, że w skład zespołu odpowiedzialnego za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia wchodzą co najmniej: „1) jeden lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej; 2) jeden lekarz specjalista z dziedziny chirurgii albo chirurgii dziecięcej albo hematologii albo chirurgii naczyń albo kardiochirurgii albo onkologii klinicznej albo onkologii i hematologii dziecięcej albo urologii", niemniej „do składu zespołu mogą być ponadto powoływani inni lekarze specjaliści, jak również przedstawiciele innych dziedzin nauki"; Zob. też: Zał. do rozp. MZ z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. z 2015 r. poz. 1958), wedle którego w skład zespołu przeprowadzającego operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dzieci do lat 18 wchodzi: „a) co najmniej dwóch lekarzy operatorów, w tym co najmniej jeden specjalista w dziedzinie kardiochirurgii, b) lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii dziecięcej z odpowiednim doświadczeniem w zakresie echokardiografii wad serca dostępny na bloku operacyjnym w czasie trwania zabiegu, c) lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, d) pielęgniarki operacyjne, w tym co najmniej jedna pielęgniarka operacyjna co najmniej po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, e) pielęgniarka co najmniej po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, f) perfuzjonista"; Zob. też: art. 43a ust. 5 u.zawod.lek., zgodnie z którym „trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii"; oraz art. 43a ust. 6 u.zawod.lek., na podstawie którego „nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów stwierdza jednomyślnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej lub pediatrii"; Zob. też: § 3 ust. 3 rozp. MZ z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U. z 2021 r. poz. 504), zgodnie z którym „naczelna pielęgniarka lub położna lub osoba nadzorująca pracę pielęgniarek lub położnych, w porozumieniu z ordynatorem lub inną osobą kierującą jednostką lub komórką organizacyjną zakładu leczniczego, ustala imienną listę pielęgniarek lub położnych uprawnionych do dokonywania przetoczeń i czynności związanych z tym zabiegiem (…) i przedstawia do zatwierdzenia kierownikowi podmiotu leczniczego".

[362] Zob. art. 4a ust. 5 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.), który stanowi, że wystąpienie okoliczności, zgodnie z którymi ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej albo badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu – stwierdza inny lekarz niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety; Zob. też: art. 9 ust. 6 u.transplant., stanowiący, że w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej nie mogą brać udziału lekarze, o których mowa w art. 43a ust. 5 u.zawod.lek., którzy stwierdzili u tej osoby trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu); art. 9a ust. 2 u.transplant., wedle którego w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej nie mogą brać udziału lekarze, o których mowa w art. 43a ust. 6 u.zawod.lek., którzy stwierdzili u tej osoby nieodwracalne zatrzymanie krążenia poprzedzające pobranie narządów; art. 9b u.transplant., zgodnie z którym w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej nie może brać udziału lekarz, który stwierdził zgon tej osoby; Zob. też: art. 202 K.p.k., który stanowi, co następuje: „§ 1. W celu wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. § 2. Na wniosek psychiatrów do udziału w wydaniu opinii powołuje się ponadto biegłego lub biegłych innych specjalności. § 3. Do udziału w wydaniu opinii o stanie zdrowia psychicznego oskarżonego, w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych, sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, powołuje biegłego lekarza seksuologa. § 4. Biegli nie mogą pozostawać ze sobą w związku małżeńskim ani w innym stosunku, który mógłby wywołać uzasadnioną wątpliwość co do ich samodzielności".

w procesie udzielania świadczenia danego typu (np. sprawności, efektywności, skuteczności lub bezpieczeństwa działania w praktyce klinicznej)[363].

Przechodząc do rozważenia, kiedy omawianą regułę można uznać za dochowaną, warto na wstępie odróżnić okoliczności, kiedy czynność konsultacji dana jest do swobodnej oceny lekarza, zgodnie z art. 37 u.zawod.lek., tj. według kryterium zasadności „w świetle wymagań wiedzy medycznej" (ogólny obowiązek kolegialnego podejmowania decyzji) od sytuacji, gdy przepis prawa nakłada wymóg zespołowego działania, nie przyznając profesjonaliście medycznemu luzu decyzyjnego (szczególny obowiązek kolegialnego podejmowania decyzji). W tym ostatnim przypadku – wyrażenie wprost obowiązku konsultacji z innym profesjonalistą medycznym lub ich współpracy w określonym składzie i zakresie nie pozostawia wątpliwości co do tego, że uchybienie tak ustanowionemu wymogowi (np. nieuwzględnienie konieczności działania w określonym składzie osobowym), stanowi naruszenie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Natomiast za realizację wytycznych płynących z omawianej reguły, w wersji wyrażonej w art. 37 u.zawod.lek., należy uznać zarówno konsultację

[363] Zob. § 9 i 12 ust. 1 rozp.stand.anest. – wedle którego „leczenie chorych w ramach intensywnej terapii w szpitalu ma charakter interdyscyplinarny", zaś „podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna"; Zob. też: cz. VII pkt 32 Zał. do rozp.stand.okołoporod., zgodnie z którym „w zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z: 1) lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu; 2) położną albo położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną; 3) lekarzem oddziału neonatologicznego"; Zob. też: cz. VII pkt 23, 25 i 31 Zał. do rozp.stand.okołoporod., stanowiący że za prowadzenie porodu, w którym dla złagodzenia bólu porodowego są zastosowane środki farmakologiczne, w tym analgezja regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik, natomiast za realizację procedury analgezji regionalnej jest odpowiedzialny lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu, przy czym w przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu współpracuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna, która to z kolei w zakresie sprawowanej przez nią opieki nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje także z lekarzem położnikiem; Zob. też: art. 32a i art. 36 ust. 1 u.PRM, na postawie których „medyczne czynności ratunkowe są udzielane przez zespół ratownictwa medycznego", zaś „zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzą co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny"; Zob. też: art. 96 ust. 5 pkt 4 u.P.farmaceut., z którego można wnioskować, że w przypadku, gdy w procesie realizacji recepty zajdzie konieczność dokonania zmian składu leku recepturowego, farmaceuta i technik farmaceutyczny obowiązani są do porozumienia się z osobą uprawnioną do wystawienia recepty, czyli z odpowiednim lekarzem, lekarzem dentystą, pielęgniarką, położną lub felczerem; Zob. też: Zał. do obw. MZ z dnia 6 marca 2019 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dz.U.MZ z 2019 r. poz. 25), zgodnie z którym „osoba upoważniona do wydawania krwi i jej składników obowiązana jest każdorazowo do dokonania oceny makroskopowej wydawanych składników", niemniej „składniki krwi, których wygląd zewnętrzny budzi wątpliwości powinien oceniać również kierownik działu ekspedycji" (s. 222); a ponadto stanowiący – w zakresie prowadzenia stosownej dokumentacji – że „jeśli dane wprowadzane są do pamięci systemu teleinformatycznego manualnie, a nie przez czytnik kodów kreskowych lub bezpośrednio z urządzeń, obowiązuje przeprowadzenie kontroli poprawności zapisu przez drugiego pracownika" (s. 24).

zasięgniętą przez samego pracownika medycznego, z jego własnej inicjatywy, w tym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej[364], jak i umożliwienie pacjentowi zasięgnięcia stosownej porady lub uczestnictwa w uzupełniających badaniach (np. przez skierowanie go do odpowiedniego specjalisty)[365]; lecz także podjęcie decyzji o włączeniu do zespołu medycznego (np. kwalifikującego do zabiegu operacyjnego lub go przeprowadzającego) dodatkowego, wymaganego – wedle wskazań aktualnej wiedzy medycznej – profesjonalisty. Nie stanowi natomiast naruszenia omawianej zasady odstąpienie od wymienionych czynności; przy zastrzeżeniu, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie są one uzasadnione, w tym z uwagi na ryzyka z nimi związane, przewyższające spodziewane korzyści dla pacjenta.

Niemniej – jak podnosi się w literaturze – również w odniesieniu do tej odmiany zasady kolegialnego podejmowania decyzji, która znajduje odzwierciedlenie w art. 37 u.zawod.lek. zasięgnięcie opinii może przerodzić się w prawny obowiązek[366]; którego niedopełnienie (zaniechanie lub zwłoka w uzyskaniu konsultacji) może skutkować odpowiedzialnością lekarza[367]. Uznaje się wręcz, że „w przypadku, gdy takie wątpliwości powstaną po stronie lekarza, to automatycznie powoduje to powstanie po jego stronie obowiązku zasięgnięcia opinii lekarza specjalisty, tej samej albo innej specjalności”[368]. Przychylając się do stanowiska, wedle którego „niedopełnienie tego obowiązku w sytuacji, gdy istniała obiektywna możliwość takiej konsultacji, może być potraktowane jako naruszenie zasad ostrożności i stanowić przesłankę odpowiedzialności karnej lekarza”[369], tytułem uzupełnienia dodać wypada, że niedopełnienie omawianej powinności zachodzi, gdy – poza obiektywną możliwością – występuje jednocześnie

[364] Zob. szerzej w zakresie prawnych możliwości użycia mechanizmów właściwych tzw. telemedycynie: art. 3 ust. 1 u.działaln.leczn.; art. 2 ust. 4 i art. 42 ust. 1 u.zawod.lek.; art. 14 ust. 3 u.PRM; rozp. MZ z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834); rozp. MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395, z późn. zm.); Zob. też: art. 9 KEL; Takie rozwiązanie aprobuje: M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 120.

[365] Por. D. Karkowska, *Ustawa* …, 2010, s. 119 – w zakresie, w jakim autorka podaje w wątpliwość czy wypisanie skierowania jest jednoznaczne z wypełnieniem obowiązku zasięgnięcia dodatkowej opinii.

[366] M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 120; W tym tonie: E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 42; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 118.

[367] S. Niemczyk, A. Łazarska, *Prawo* …, 2012, s. 15-16.

[368] Ł. Caban [w:] M. Kopeć (red.), *Ustawa* …, 2016, s. 695-696.

[369] E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 42; Pogląd ten aprobująco zdaje się przytaczać R. Kubiak – tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 118.

obiektywna konieczność konsultacji. Konieczność ta zaś oceniana być musi z perspektywy wskazań aktualnej wiedzy medycznej.

Na koniec rozważań poświęconych zasadzie kolegialnego podejmowania decyzji warto poczynić spostrzeżenie, że jeśli przyjrzeć się jej z perspektywy potencjalnych stanów faktycznych, w których mogłoby dojść do jej przełamania, to na plan pierwszy wysuwają się przypadki określane w literaturze mianem błędów diagnostycznych[370], sprowadzające się do zaniechania zasięgnięcia opinii innego specjalisty lub wykonania dodatkowych – względnie wszystkich – badań wskazanych w danych okolicznościach; co skądinąd także w pewnym sensie oznacza konsultację w rozumieniu art. 37 u.zawod.lek. jako że przeprowadzenie badania (np. laboratoryjnego lub diagnostyki obrazowej) niejednokrotnie jest równoznaczne z powierzeniem jego wykonania innej osobie (np. diagnoście laboratoryjnemu lub lekarzowi specjalizującemu się w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej). Zatem przypadki nieuzasadnionego zaniechania przeprowadzenia koniecznych badań są w istocie niczym innym jak niewykazaniem wymaganego w danych okolicznościach ograniczonego zaufania względem wiedzy własnej (samokrytycyzmu), a w konsekwencji – nienawiązaniem relacji zespołowej tam, gdzie współpraca winna była zostać nawiązana.

6. Zasada prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

6.1. Błąd organizacyjny jako przejaw naruszenia zasady prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

W literaturze zasadę prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych charakteryzuje się z położeniem nacisku na fakt, że jest ona kierowana do osób zarządzających w ochronie zdrowia, dostarczając wytycznych o charakterze organizacyjno-administracyjnym[371].

Jako że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, wytyczne takie – składające się na ogólnie pojęte standardy organizacji ochrony zdrowia i ustrój konkretnych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych – formułowane są w szczególności w wyznaczających zrębowe ramy systemu aktach prawnych rangi

[370] Zob. np.: R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 208-218; A. Fiutak, *Prawo* …, 2019, s. 79-81; A. Liszewska, M. Serwach, *Pojęcia i rodzaje błędu medycznego* [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna …, t. 3*, 2021, s. 93.

[371] Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 387-421; M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 114-115.

ustawowej[372], lecz także w rozporządzeniach[373] bądź obwieszczeniach[374] ministra właściwego do spraw zdrowia i zarządzeniach prezesa NFZ[375]; a ponadto – uzupełniająco

[372] Wśród aktów prawnych rangi ustawowej można wyróżnić te, które wyznaczają ramy dla wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielanych na terytorium RP, np. u.działaln.leczn., u.publ.służb.krwi, u.transplant., u.lecz.niepłodn., jak również te, które określają warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych albo budżetu państwa, np. u.świad.opiek.zdr., u.PRM, u.POZ.

[373] Zob. w zakresie ogólnych wymogów lokalowych i sanitarnych: rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn.; Zob. w zakresie minimalnego standardu organizacyjnego wybranych grup świadczeń: rozp.stand.anest.; rozp. MZ z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. z 2017 r. poz. 2435); rozp.stand.okołoporod.; rozp. MZ z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834); rozp. MZ z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 539, z późn. zm.); rozp. MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395, z późn. zm.); oraz rozp. MZ z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1749, z późn. zm.); Zob. w zakresie minimalnych norm co do obsady kadrowej: rozp. MZ z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545); Zob. w zakresie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym dotyczących kwalifikacji personelu medycznego i jego wymaganej obsady, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępności badań lub procedur medycznych: akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d u.świad.opiek.zdr., np. rozp. MZ z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540); rozp. MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.); rozp. MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290); rozp. MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.); rozp. MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265); rozp. MZ z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. z 2015 r. poz. 1958, z późn. zm.); Zob. także: rozp. MZ z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek (Dz.U. z 2015 r. poz. 967); rozp. MZ z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U. z 2021 r. poz. 504); ust. 3 rozp. MZ z dnia 16 października 2017 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1213, z późn. zm.).

[374] Zob. np. obw. MZ z dnia 6 marca 2019 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dz.U.MZ z 2019 r. poz. 25); oraz obw. MZ z dnia 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego (Dz.U.MZ z 2019 r. poz. 71).

[375] Zob. np. zarządz. Nr 22/2018/DSOZ prez. NFZ z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opubl. na oficjaln. str. internet. NFZ: https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-222018dsoz,6739.html [dostęp 23.02.2020]; zarządz. Nr 66/2018/DSOZ prez. NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, opubl. na oficjaln. str. internet. NFZ: https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-662018dsoz,6790.html [dostęp 23.02.2020]; zarządz. Nr 120/2018/DSOZ prez. NFZ z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opubl. na oficjaln. str. internet. NFZ: https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1202018dsoz,6844.html [dostęp 23.02.2020].

– w drodze statutów lub regulaminów organizacyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą[376].

Biorąc pod uwagę, że ostatecznie to w ramach regulaminu organizacyjnego szczegółowo określa się sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w danym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, wspomniane – zakreślone normatywnie – ramy funkcjonowania systemu wymagają każdorazowego (tj. w odniesieniu do konkretnego podmiotu i każdej z jego jednostek organizacyjnych) uzupełnienia – w formie stosownych aktów wewnętrznych – o detaliczne określenie standardu organizacyjnego właściwego dla świadczonej tam grupy usług medycznych. Analogicznie zaś jak w przypadku stanu aktualnej wiedzy i praktyki medycznej, źródłem poznania norm postępowania w zakresie prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych są, poza aktami normatywnymi, doniesienia nauki ze stosownego obszaru, za jaki – rozważając problematykę organizacyjnych uwarunkowań determinujących nieprawidłowości w leczeniu – wypada uznać prakseologię, ergonomię, organizację ochrony zdrowia, zarządzanie ryzykiem, zasobami ludzkimi lub wiedzą i informacją oraz psychologię organizacji.

Warto zauważyć przy tym, że środowiska medyczne, wychodząc naprzeciw wyzwaniom współczesnej medycyny, podejmują oddolne inicjatywy kompleksowego opracowywania owych norm w formie standardów jakości i bezpieczeństwa, których celem jest podnoszenie efektywności funkcjonowania jednostek systemu ochrony zdrowia i pracy profesjonalistów medycznych udzielających w ich ramach świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji – maksymalizacja prawdopodobieństwa uzyskania pozytywnego efektu diagnostyczno-terapeutycznego, przy jednoczesnej minimalizacji ryzyk wystąpienia negatywnych skutków dla życia lub zdrowia pacjenta. Znaczącą rolę

[376] Podstawę do wydania statutu stanowi art. 42 u.działaln.leczn., zgodnie z którym w jego drodze określa się ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, w tym cele i zadania tego podmiotu oraz jego organy i strukturę organizacyjną; Natomiast w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zarówno będącego jak i niebędącego przedsiębiorcą, określa się – stosownie do art. 23 ust. 1 i art. 24 ust. 1 u.działaln.leczn. – sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza zaś: przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego; organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym; oraz warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

w integracji, systematyzacji i ujednolicaniu standardów postępowania medycznego odgrywa proces tzw. akredytacji w ochronie zdrowia[377]. Jej istotą jest identyfikacja obszarów w największym stopniu wpływających na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów, a następnie tworzenie w tych płaszczyznach – w formie standardów akredytacyjnych – mierzalnych kryteriów oceny działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wytyczne te mają charakter dynamiczny, jako że ewoluują one wraz z rozwojem wiedzy i praktyki medycznej, a ponadto podlegają okresowej aktualizacji, co stymuluje podmioty uczestniczące w programie oceny do osiągania i utrzymywania optymalnego poziomu udzielanych świadczeń, wyznaczanego owymi standardami[378].

Jako że próba przybliżenia wspomnianych, ujmowanych niekiedy w formie standardów organizacyjnych, norm postępowania oznaczałaby konieczność opuszczenia płaszczyzny nauk prawnych oraz wkroczenie w problemy wymagające dla ich merytorycznego ujęcia rozbudowanych kompetencji i przygotowania zawodowego właściwego wskazanym dziedzinom, za cel niniejszego podrozdziału postawiono sobie ekspozycję wagi problemu, jakim jest tzw. „błąd organizacyjny", poprzez zidentyfikowanie i sklasyfikowanie – w szczególności na podstawie analizy stanów faktycznych zaczerpniętych z literatury i orzecznictwa – uwarunkowań organizacyjnych mogących determinować tak dalece idące następstwa, że wkraczające krąg skutków penalizowanych; przy pozostawieniu na marginesie zagadnień właściwych chociażby dziedzinie nauk o zdrowiu. Innymi słowy, celem dalszych rozważań jest ukazanie punku styku wspomnianych dziedzin z nauką prawa karnego,

[377] Zob. u.akred.ochr.zdr.; Za wyraz tego rodzaju starań, tj. integracji, systematyzacji i ujednolicania standardów postępowania medycznego można uznać doprowadzenie do opracowania i uchwalenia w drodze rozporządzeń szeregu tzw. standardów organizacyjnych – Zob. rozp.stand.anest.; rozp. MZ z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. z 2017 r. poz. 2435); rozp.stand.okołoporod.; rozp. MZ z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834); rozp. MZ z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 539, z późn. zm.); rozp. MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395, z późn. zm.); oraz rozp. MZ z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1749, z późn. zm.); Zob. też – w kontekście integracji, systematyzacji i ujednolicania standardów postępowania medycznego: rozp. MZ z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1213, z późn. zm.) oraz obw. MZ z dnia 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego (Dz.U.MZ z 2019 r. poz. 71).

[378] Zob. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program …*, 2009; E. Dudzik-Urbaniak (red.), *Program Akredytacji – Podstawowa Opieka Zdrowotna. Zestaw Standardów*, Kraków 2011.

jakim jest problem organizacyjnych uwarunkowań błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych; z perspektywy karnoprawnego wartościowania interesujący o tyle, że – w przypadku wystąpienia negatywnych następstw dla życia lub zdrowia pacjenta – uwarunkowania te mogą stać się *de facto* okolicznościami popełnienia czynu zabronionego, zaś wadliwość owej organizacji może zostać uznana za tożsamą z niezachowaniem wymaganej w danych okolicznościach ostrożności w obchodzeniu się z dobrami prawnymi zabezpieczonymi sankcją karną.

Na niebezpieczeństwa wadliwej organizacji uwagę zwraca G. Rejman słusznie podnosząc, że „błąd wynikający z wadliwie zorganizowanej pracy może być groźniejszy w skutkach od błędu wynikającego z pojedynczego czynu. Powtórzenie bowiem błędnej czynności ze względu na wadliwą organizację sprawia, że jedna pomyłka, jedno wadliwe sformułowanie czynności administracyjnej, może wywołać niezliczoną ilość negatywnych konsekwencji”[379]. Błąd może zostać multiplikowany, wywołać skutki na szerszą skalę, sprowadzić – oceniając rzecz z dłuższej perspektywy czasowej – zagrożenie dla wielu osób poprzez sekwencyjne, systematyczne, powtarzalne, choć rozłożone temporalnie, urzeczywistnienie się ryzyk niejako utajonych w obarczonych wadą aktach (pisemnych, ustnych bądź dorozumianych), będących wyrazem realizacji prawa i obowiązku zapewnienia właściwej organizacji w danym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych (np. zarządzeniach, standardach organizacyjnych, harmonogramie dyżurów, umowach o zatrudnienie, poleceniach służbowych). W literaturze poświęconej odpowiedzialności prawnej pracowników medycznych tego rodzaju nieprawidłowości nazywa się mianem błędów organizacyjnych[380]. Pojęcia tego nie bez racji używa się dla określenia wadliwej

[379] G. Rejman, *Czynność* … [w:] M. Filar (red.), *Prawo* …, 1987, s. 57-58.

[380] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 196-197; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 126-127; K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy organizacyjne w zarządzaniu placówkami medycznymi. Wybrane przykłady*, PiM 2006, Nr 25, s. 104-105; C. Chowaniec, C. Jabłoński, M. Kobek, M. Chowaniec, *Narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jako konsekwencja błędu organizacyjnego – analiza przypadku*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 79; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 228; E. Plebanek, *Glosa* …, 2009; L. Podciechowski, A. Królikowska, P. Hincz, J. Wilczyński, *Organizacyjny błąd medyczny*, Perinat. Neonat. i Gin. 2009, Nr 2, s. 289 i n.; A. Engler-Jakubiak, *Organizacyjny błąd medyczny*, ZN OTN 2013, Nr 27, s. 277 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 404; Ż. Skrenty, *Organizacyjny błąd medyczny*, St. Lub. 2014, Nr 10, s. 132 i n.; K. Dudek, K. Dudek, *Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej*, PN UEWr 2015, Nr 410, s. 15-17; I. Kunert, *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, Pr. i Pr. 2019, Nr 7-8, s. 165 i n.; Warto wspomnieć na marginesie, że niekiedy wyróżnia się w ramach wspomnianego pojęcia: błąd popełniony w zespole, błąd menadżera w ochronie zdrowia oraz błąd obiegu informacji – Tak: K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 105.

organizacji pomocy medycznej, odróżniając nieprawidłowości powstałe w takich okolicznościach, od błędu medycznego w ścisłym tego słowa znaczeniu, odnoszącym się do naruszenia zasad postępowania wynikających z aktualnej wiedzy medycznej[381]. Istotą błędu organizacyjnego nie jest bowiem wadliwe leczenie jako takie, lecz niewłaściwe zarządzanie wyodrębnionym zespołem osób i środków majątkowych, jakim jest podmiot wykonujący działalność leczniczą lub jego jednostka organizacyjna, a także wiedzą i informacją, zwłaszcza o pacjencie i etapie jego leczenia. Stąd błąd organizacyjny należy rozumieć jako niedochowanie reguł dedykowanych właściwej organizacji – na gruncie niniejszej pracy składających się na zasadę prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych – które jawią się jako nie mniej istotne dla powodzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego niż wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ich naruszenie może wszak prowadzić do sytuacji określanych mianem błędu diagnostycznego lub terapeutycznego, czyli błędu medycznego w klasycznym ujęciu[382], albo tych klasyfikowanych jako błąd techniczny[383]; choć nie wydaje się wykluczonym także i bezpośrednie powiązanie naruszenia normy dyktującej wytyczne co do prawidłowej organizacji z negatywnymi następstwami dla życia lub zdrowia

[381] Zob. wyr. SN z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, LEX Nr 1460723 – w którym pojawia się pojęcie „błędu organizacyjnego", a operuje się nim podkreślając słuszność tego, że „Sąd Apelacyjny nie ograniczył odpowiedzialności za błędy lekarza wyłącznie do oceny czynności o charakterze *stricte* leczniczym"; Odwołanie do pojęcia „błędu organizacyjnego" można odnaleźć również w: wyr. SN z dnia 30 marca 2004 r., WA 5/04, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 656; wyr. SN z dnia 24 maja 2005 r., V CK 654/04, LEX Nr 180831; wyr. SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011, Nr 10, poz. 116; wyr. SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 1277697; wyr. SN z dnia 21 kwietnia 2017 r., SDI 2/17, LEX Nr 2309621; post. SN z dnia 25 kwietnia 2019 r., III CSK 292/18, LEX Nr 2653097; post. SN z dnia 11 grudnia 2020 r., IV CSK 182/20, LEX Nr 3148273; Zob. też w zakresie orzecznictwa SA: wyr. SA w Katowicach z dnia 19 lutego 2015 r., I ACa 912/14, LEX Nr 1665782; wyr. SA w Szczecinie z dnia 3 czerwca 2015 r., I ACa 246/14, LEX Nr 1843087; wyr. SA w Szczecinie z dnia 23 grudnia 2016 r., I ACa 251/16, LEX nr 2256968; wyr. SA w Katowicach z dnia 3 października 2017 r., I ACa 367/17, LEX Nr 2402367; wyr. SA w Warszawie z dnia 3 marca 2017 r., I ACa 2449/15, LEX Nr 2361733; wyr. SA w Białymstoku z dnia 15 lutego 2018 r., I ACa 795/17, LEX Nr 2457404; wyr. SA w Warszawie z dnia 16 stycznia 2019 r., I ACa 1306/17, LEX Nr 2636500; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r., II AKa 262/18, LEX Nr 2724244; wyr. SA w Szczecinie z dnia 25 listopada 2019 r., I ACa 197/18, LEX Nr 2877562; wyr. SA w Gdańsku z dnia 9 czerwca 2020 r., V ACa 89/20, LEX Nr 3052839.

[382] Zob. szerzej na temat tradycyjnego rozumienia pojęcia „błąd medyczny": B. Popielski, *Medycyna* …, 1963, s. 252; J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 68; W. Kulesza [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność* …, 1988, s. 25 i 26-27; E. Baran, *Przesłanki* …, 1996, s. 254; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 28 i 29; Z. Marek, *Błąd* …, 1999, s. 83; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 110; M. Nesterowicz, *Prawo* …, 2001, s. 145-146; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 199 i 200; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 466-467; Por. też: wyr. SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7; wyr. SN z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSNC 1967, Nr 10, poz. 177; wyr. SN z dnia 8 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974, Nr 2, poz. 26; wyr. SN z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, OSNKW 1994, Nr 11-12, poz. 70; wyr. SN z dnia 10 grudnia 2002 r., V KK 33/02, LEX Nr 75498; wyr. SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 12777697.

[383] Zob. szerzej na temat „błędu technicznego": A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 71-73; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 190-196, R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 225-228.

pacjenta, a tym samym uznania owego naruszenia niejako za samoistną przyczynę urzeczywistnienia się penalizowanego skutku[384].

Jak trafnie zauważają K. Kordel i M. Łabęcka: „do prawidłowego funkcjonowania każdego zespołu ludzkiego i każdej placówki niezbędny jest jasny i jednoznaczny podział ról, odpowiedzialności, stopnia kompetencji w podejmowaniu decyzji, a także istnienie właściwego obiegu informacji. Aby jakakolwiek placówka mogła funkcjonować, musi być do takiej funkcji odpowiednio przystosowana i wyposażona. Jednym z warunków jest opracowanie i wdrożenie schematów postępowania zarówno poszczególnych członków zespołu, jak i placówki w systemie"[385]. Czyniąc przytoczoną wypowiedź punktem wyjścia dalszych rozważań, poświęconych organizacyjnym uwarunkowaniom nieprawidłowości w leczeniu, ich klasyfikację można przeprowadzić poprzez odwołanie się do trzech – identyfikowanych przez autorów cytowanej wypowiedzi – obszarów, a mianowicie kadry, warunków technicznych, sprzętowych i sanitarnych oraz szeroko rozumianych procedur; w których to obszarach należy upatrywać podłoża tzw. „błędów organizacyjnych"[386]. Aczkolwiek warto nadmienić za T. Sroką – nieco wyprzedzając dalsze rozważania – że „elementem zasady właściwej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych jest możliwość analizy nieprawidłowego postępowania innych osób podejmujących czynności lecznicze względem pacjenta celem wprowadzenia takich mechanizmów w ramach procesu współdziałania w procesie leczenia, które będą przeciwdziałały podejmowaniu w przyszłości przez osoby udzielające świadczeń

[384] Por. D. Wąsik, B. Sygit, *Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia a procedury anestezjologiczne*, Pr. i Pr. 2017, Nr 2, s. 46 i n. oraz 50 i n. – w zakresie, w jakim autorzy wskazują na możliwość wystąpienia „zbiegu błędu organizacyjnego i błędu w sztuce lekarskiej"; Por. też: wyr. SN z dnia 24 czerwca 1963 r., II CR 851/62, OSNC 1964, Nr 11, poz. 224 – zgodnie z którym „decyzja lekarza o leczeniu szpitalnym lub ambulatoryjnym należy również do terapii i może stanowić błąd w sztuce lekarskiej. Decyzja ta może być jednak również następstwem wadliwej organizacji pracy szpitala, jeżeli np. względy administracyjne – wbrew wskazaniu – skłaniały lekarza do decyzji o leczeniu ambulatoryjnym"; W tym tonie także: I. Kunert, *Błąd* …, 2019, s. 169; E. M. Guzik-Makaruk, E. Truskolaska, E. Wojewoda, *Odpowiedzialność* …, 2021, s. 122.

[385] K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 103; W tym tonie: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 391-392.

[386] Warto nadmienić, że na trudności i problemy we wspomnianych obszarach zwracają uwagę liczni autorzy, będący biegłymi sądowymi – Zob. np.: B. Świątek, *Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego*, PiM 2000, Nr 5, s. 44-45; C. Chowaniec, *Błąd medyczny organizacyjny w epidemiologii wirusowego zapalenia wątroby typ B i C. Ocena materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach*, AMSiK 2001, Nr 51, 21-26; M. Chowaniec, C. Chowaniec, C. Jabłoński, A. Nowak, *Sądowo-lekarska* …, 2005, s. 117-118; C. Chowaniec, C. Jabłoński, M. Kobek, M. Chowaniec, *Narażenie* …, 2007, s. 78-80; C. Chowaniec, M. Chowaniec, A. Nowak, C. Jabłoński, *Ryzyko* …, 2007, s. 95-100; C. Chowaniec, M. Chowaniec, M. Kobek, A. Nowak, *O przyczynach* …, 2007, s. 202 i n.; K. Bielecki, *Zdarzenia* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 80 i n.; R. Skowronek, C. Chowaniec, *Odpowiedzialność* …, 2016, s. 122-126; Zob. też – w zakresie podobnych spostrzeżeń prezentowanych przez pracowników organów ścigania: I. Kunert, *Błąd* …, 2019, s. 164 i n.

zdrowotnych zachowań naruszających reguły postępowania z dobrem prawnym w postaci życia lub zdrowia człowieka, nie tylko w kontekście zasady prawidłowej organizacji procesu leczenia, ale także innych zasad udzielania świadczeń zdrowotnych"[387].

6.2. Uwarunkowania organizacyjne determinujące nieprawidłowości w leczeniu

6.2.1. Braki kadrowe

Źródłem nieprawidłowości w pierwszym spośród trzech zidentyfikowanych obszarów problemowych jest przede wszystkim niewłaściwa obsada kadrowa, przez co należy rozumieć bądź nieobsadzenie wszystkich koniecznych stanowisk bądź też obsadzenie ich osobami o kwalifikacjach niewystarczających dla zapewnienia właściwego przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego; względnie delegowanie do określonych czynności (np. dyżur medyczny) niewystarczającej liczby osób lub osób o niewystarczających kwalifikacjach[388]. Przy czym za właściwą obsadę kadrową w sensie ilościowym można uznać taką, która spełnia minimalne normy zatrudnienia wyznaczane przy uwzględnieniu: zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych; liczby pacjentów obejmowanych opieką; wyposażenia, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności; harmonogramu czasu pracy; średniego dobowego czasu świadczeń i średniego czasu dyspozycyjnego; rodzaju opieki ustalonej dla pacjenta; liczby pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki; oraz stanu zatrudnienia i organizacji pracy w danej jednostce[389]. Natomiast w sensie jakościowym właściwą obsadę kadrową należy rozpatrywać nie tylko z punktu widzenia kwalifikacji stanowiących warunek zatrudnienia w danym podmiocie lub dopuszczenia do udziału w określonego rodzaju świadczeniach w ogóle, lecz także z perspektywy zapewnienia dostępności osób o kwalifikacji potrzebnych do wykonania poszczególnych oferowanych przez dany podmiot czynności medycznych, w czasie wyznaczonym

[387] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 403.

[388] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko wcześniej prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 48-50.

[389] Por. § 1 i 2 rozp. MZ z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545); Zob. też: rozp. MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290) – stosownie do którego, w przypadku leczenia w trybie planowym wymagania co do liczebności obsady kadrowej są niższe niż w odniesieniu do hospitalizacji „w trybie nagłym" (Zał. Nr 3 w zw. z § 2 pkt 2 i 3).

jako godziny pracy tej jednostki (np. całodobowo, we wszystkie dni tygodnia) i według obowiązujących standardów jakości. Jest bowiem rzeczą powszechnie aprobowaną dopuszczanie lekarzy w trakcie specjalizacji do udziału w świadczeniu usług medycznych[390]; toteż zatrudnienie w danym podmiocie leczniczym szkolącego się lekarza należy uznać za zachowanie mieszczące się granicach wymaganej w tych okolicznościach ostrożności, o ile jednak deleguje się go do udzielania tych świadczeń, co do których posiada on wymagane umiejętności samodzielnego ich wykonywania[391]. Jeśli tak nie jest – w pełnienie obowiązków na danym oddziale w określonym czasie winien zostać włączony dodatkowo lekarz nadzorujący; bądź ujmując problem z odwrotnej perspektywy – specjalizantowi można powierzyć te tylko obowiązki, które mogą zostać objęte wymaganą w danych okolicznościach pieczą. To oznacza, że tylko wtedy obsadę można uznać za właściwą, jeśli odbywający szkolenie specjalizacyjne pracuje razem, na tej samej zmianie, z kierownikiem specjalizacji lub pod obecność innej, zgodnie z przepisami wyznaczonej osoby, albo wyłącznie w ramach tzw. medycznego dyżuru towarzyszącego, czyli odbywanego wspólnie z lekarzem, który ma prawo pełnić go samodzielnie[392]. W tym sensie, jeśli specjalizant nie jest dopuszczony do samodzielnej pracy, a standardy działania określonego oddziału wymagają zapewnienia kadry w wymiarze ekwiwalentu jednego etatu, obecności specjalizanta na oddziale nie można uznać za spełnienie wskazanego warunku, nawet gdyby było on zatrudniony wymiarze czasu pracy odpowiadającym pełnemu etatowi; jego obecność nie zapewnia bowiem obsługi pełnego spektrum czynności medycznych leżących w kompetencjach i zakresie działalności oddziału, na którym jest on zatrudniony.

[390] Zob. np.: rozp. MZ z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540); rozp. MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.); rozp. MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265); rozp. MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290); rozp.stand.anest.; rozp.stand.okołoporod.; rozp.transplant.

[391] Por. wyr. SN z dnia 24 czerwca 1963 r., II CR 851/62, OSNC 1964, Nr 11, poz. 224 – zgodnie z którym: „Stanowisko pracy byłoby nieodpowiednie, gdyby administracja szpitala powierzyła lekarzowi – posiadającemu wprawdzie dyplom lekarski i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarskiego, lecz nie posiadającemu ani odpowiedniej praktyki zawodowej, ani doświadczenia zawodowego – stanowisko pracy wymagające praktyki i doświadczenia zawodowego do podjęcia potrzebnej decyzji w kwestii terapii. W takim wypadku miałoby się do czynienia z wadliwą organizacją pracy w szpitalu".

[392] Zob. szerzej: art. 15b ust. 3 pkt 12 i ust. 4, art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h, art. 16i ust. 1a i ust. 5-6 u.zawod.lek.; Zob. też: art. 98 u.działaln.leczn.

Konsekwencją niespełnienia standardów w omawianym zakresie – w aspekcie kwantatywnym i kwalitatywnym – może być wystąpienie takiego układu okoliczności faktycznych, w którym pacjentowi nie zapewnia się wymaganej opieki z uwagi na fakt, że w danym momencie profesjonalista medyczny pozostaje nieosiągalny (np. ze względu na niewystarczająco liczebną obsadę kadrową[393], niezapewnienie wymaganej opieki specjalistycznej w całym spektrum godzinowym działalności podmiotu[394] bądź nieobsadzenie wakatu w ogóle[395]) albo dostępny jest jedynie pracownik

[393] Ilustracją może być następujący przypadek: „W jednym ze szpitali wojewódzkich przez lata funkcjonował oddział położniczy, na którym w godzinach dopołudniowych nie było lekarza sprawującego bezpośredni nadzór nad rodzącymi. (…) Położne zwracały się do lekarza, który był pod ręką i miał chwilę czasu. (…) Przy tej organizacji pracy doszło do sytuacji, w której wszyscy lekarze byli poza oddziałem porodowym, niektórzy na sali operacyjnej, inni w poradniach. W tym czasie położna u jednej z rodzących rozpoznała stan zagrożenia płodu, który wymagał natychmiastowej decyzji lekarskiej co do dalszego postępowania. Mimo prób przywołania lekarza na salę porodową nie udało się żadnego z nich osiągnąć. W efekcie doszło do niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, który urodził się w ciężkiej zamartwicy" – K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 107-108; Por. orzecz. SN z dnia 10 września 1953 r., II C 2527/52, OSNCK 1954, Nr 2, poz. 50 – w którym za brak organizacyjny uznano: „zaniedbanie chorego przez lekarza na skutek obciążenia lekarzy zbyt wielką ilością chorych".

[394] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjent ze zdiagnozowanymi problemami laryngologicznymi został skierowany do szpitala w trybie pilnym, gdzie zgłosił się w stanie dobrym. Na izbie przyjęć pacjent został zbadany i skierowany na pilną konsultację laryngologiczną. W owym czasie szpital zatrudniał dwóch laryngologów, z czego – w tym dniu – jeden przebywał na urlopie, drugi zaś pełnił dyżur przedpołudniowy, tj. w godzinach 7.30-11.30. „Jego pobyt w szpitalu przedłużył się, ponieważ u dyrektora szpitala odbywała się narada. W godzinach popołudniowych na tym oddziale nie było dyżuru lekarza laryngologa, do godziny 15-tej był dyżur neurologa, a potem jedynie dyżur pielęgniarski". Po powrocie z narady, po godzinie 13-tej lekarz ten został powiadomiony, że na izbie przyjęć czeka pacjent na konsultację. Polecił przywiezienie pacjenta na oddział, a po jego zbadaniu stwierdził ostre zapalenie nagłośni i błony śluzowej przedsionka krtani oraz konieczność przewiezienia pacjenta do podmiotu posiadającego dyżurnego laryngologa; licząc się z tym, że przy tego typu objawach może w godzinach popołudniowych lub wieczornych wystąpić powikłanie. Lekarz ten „pełnił wówczas funkcję ordynatora oddziału i wielokrotnie zgłaszał dyrekcji szpitala ustne monity o konieczności wprowadzenia dyżurów na oddziale laryngologiczno-neurologicznym, jednak zawsze słyszał, że brak jest środków pieniężnych na opłacenie tych dyżurów". W trakcie konsultacji pacjenta lekarz pełniący dyżur na izbie przyjęć rozpoczął organizację transportu pacjenta i mimo, że także kończył dyżur, podjął decyzję, że to on pojedzie z pacjentem. „Podróż trwała około 15 minut. W tym czasie pacjent siedział w karetce, prowadził rozmowę z lekarzem". Po dotarciu do szpitala pacjent „chciał o własnych siłach wejść do budynku, jednak lekarz zalecił posadzenie pacjenta na wózek i podjechanie pod gabinet izby przyjęć szpitala. Z uwagi na dużą liczbę pacjentów oczekujących na przyjęcie (…) zdecydował pozostawienie pacjenta wraz z kierowcą pod gabinetem izby przyjęć, a sam udał się na odział laryngologii do lekarza dyżurnego, aby uzgodnić przyjęcie". Po uzgodnieniu przyjęcia i zgody na rejestrację zszedł do izby przyjęć i dowiedział się, że pacjent jest na sali reanimacyjnej. Jak się okazało, w czasie oczekiwania pod gabinetem izby przyjęć pacjent zgłosił pogorszenie samopoczucia. Kierowca karetki zapukał do gabinetu lekarskiego i przekazał tę informację lekarce SOR, która po zbadaniu pacjenta stwierdziła sinicę i zaburzenia oddychania, a wkrótce po tym – bezdech i utratę przytomności. O godzinie 14.35 rozpoczęto reanimację z udziałem anestezjologa, zaś o godzinie 15.25 stwierdzono zgon pacjenta – wyr. SA w Lublinie z dnia 4 czerwca 2014 r., I ACa 132/14, LEX Nr 1488660.

[395] Ilustracją może być następujący przypadek: „Miesiąc po urodzeniu dziecka została zlecona przez neurologa konsultacja okulistyczna, która jednak nie została wykonana z uwagi na brak zatrudnienia okulisty w szpitalu (przy jednoczesnym braku możliwości wykonania konsultacji w innej jednostce z uwagi na przeciwwskazania do transportu noworodka), w efekcie czego wykonane badania okulistyczne dopiero dwa miesiące później wykazały retinopatię wcześniaczą już w stopniu zaawansowanym, grożącą obustronną ślepotą. Skazana za przestępstwo z art. 160 § 3 k.k. została lekarka pełniąca funkcję kierownika kliniki, która zgodnie z regułami postępowania powinna podjąć zdecydowane działania celem zatrudnienia

o niewystarczających kwalifikacjach, tj. dopiero szkolący się w wykonywaniu koniecznych w danym przypadku procedur, a przy tym pracujący bez należytego nadzoru[396], lub posiadający specjalność inną niż wymagana w danych okolicznościach[397]. Na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich skuteczność rzutować może także nieustalenie albo nieprawidłowe wytyczenie zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu medycznego, prowadzące do wystąpienia zjawiska tzw. „ziemi niczyjej", a zatem sytuacji, w której żaden z pracowników nie poczuwa się do odpowiedzialności za dany wycinek procesu diagnostyczno-terapeutycznego[398]. Odrębnym problemem jest kwestia dyspozycyjności pracownika posiadającego wprawdzie odpowiednie kwalifikacje, lecz niepozostającego – z racji przemęczenia napiętym przez braki kadrowe harmonogramem pracy – w dyspozycji psychofizycznej, jakiej można by oczekiwać od osoby na takim stanowisku[399].

w szpitalu, w szczególności w kierowanej przez nią klinice, lekarza okulisty, czego nie uczyniła, co uniemożliwiło przeprowadzenie procesu diagnostycznego" – T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 407.

[396] Ilustracją może być następujący przypadek: Na izbę przyjęć, na której dyżur pełniła w tym dniu (sobota) lekarka będąca w trakcie rozpoczętej dopiero specjalizacji z radiologii, zgłosił się mężczyzna ze stłuczeniem lewego boku tułowia. Na podstawie zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości w lewym nadbrzuszu oraz wykonanego badania EKG lekarka wysunęła rozpoznanie zawału mięśnia sercowego. Przypadek skonsultowała z ordynatorem oddziału internistycznego telefonicznie. W trakcie zastosowanego w tym kierunku leczenia doszło do gwałtownego pogorszenia się stanu klinicznego. Pacjent zmarł na stole operacyjnym na skutek masywnego krwotoku spowodowanego pęknięciem śledziony. Zgodnie z późniejszymi ustaleniami biegłych, zapis EKG nie wykazał istotnych odchyleń, a zatem rozpoznanie postawione przez specjalizantkę okazało się chybione; co w konsekwencji rodzi pytanie o to, czy lekarka posiadała wystarczające umiejętności, aby samodzielnie dyżurować, a jeśli nie, to: po pierwsze – czy prawidłowo obsadzona została do pełnienia dyżuru, po drugie zaś – czy jej praca była właściwie nadzorowana (jedynie na odległość, telefonicznie) – C. Chowaniec, M. Chowaniec, A. Nowak, C. Jabłoński, *Ryzyko* …, 2007, s. 97-98.

[397] Ilustracją może być następujący przypadek: Ordynator powierzył samodzielne dyżurowanie na oddziale chirurgicznym lekarzowi dentyście, który popełnił błąd przy operacji nogi u 18-letniej pacjentki, w wyniku czego kończynę trzeba było amputować – A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 73-74.

[398] A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 48; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 405-406.

[399] Ilustracją może być następujący przypadek: W sprawie oskarżonym był lekarz, który przez wiele lat był jedynym chirurgiem pełniącym stale całodobowe dyżury, operującym bez wymaganego udziału asysty i anestezjologa, co doprowadziło u niego do wyczerpania psychicznego i fizycznego panującymi w szpitalu warunkami pracy. Lekarz zmarł przed ostatecznym zakończeniem postępowania sądowego – A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 75; Zob. szerzej: R. Irzmański, M. Charłusz, *Błąd medyczny w aspekcie czynników psychospołecznych. Rola ergonomicznego projektowania środowiska pracy w medycynie* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 253-265.

6.2.2. Niewłaściwe warunki techniczne, sprzętowe i sanitarne

Odnosząc się do drugiego ze wskazanych na wstępie obszarów, przyczyną nieosiągnięcia przez pracownika medycznego spodziewanego efektu leczniczego może być niezapewnienie przez obowiązane do tego osoby odpowiednich warunków technicznych, sprzętowych i sanitarnych albo niewystarczająca dostępność tego rodzaju infrastruktury; innymi słowy – brak dostępności, jakiej należałoby oczekiwać w zakresie udzielanych w danym podmiocie świadczeń zdrowotnych[400]. Może być to niezagwarantowanie wymaganych stanowisk diagnostyczno-terapeutycznych w ogóle albo we właściwej ich liczbie (np. łóżek, unitów stomatologicznych, stanowisk znieczulania lub intensywnej terapii, zaplecza operacyjnego)[401], jak i brak odpowiedniego wyposażenia ich w sprzęt, produkty lecznicze i wyroby medyczne (np. brak wymaganej aparatury lub posługiwanie się wadliwymi urządzeniami, niewystarczająca ilość leków, wysterylizowanych narzędzi chirurgicznych, materiałów opatrunkowych, środków ochrony osobistej)[402], lecz również brak dostępu

[400] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko wcześniej prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 50-51.

[401] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjentka przybyła do szpitala z rozpoczętą akcją porodową. Kardiotokograficzne monitorowanie płodu wskazywało na pogorszanie się jego stanu w miarę upływu czasu, a tym samym na potrzebę gotowości operacyjnej w celu przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi. Mimo wystąpienia objawów jednoznacznie świadczących o zagrażającej wewnątrzmacicznej zamartwicy płodu wynikającej z jego niedotlenienia, podjęto błędną decyzję o kontynuowaniu porodu siłami natury. Dziecko urodziło się z ciężką postacią okołoporodowej encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej, a w następstwie mózgowym porażeniem dziecięcym. Wśród szeregu stwierdzonych uchybień w organizacji pracy oddziału biegli podkreślili „brak zorganizowanego zaplecza operacyjnego dla oddziału ginekologiczno-położniczego, pozwalającego na przeprowadzenie w koniecznych przypadkach zabiegu cesarskiego cięcia" – wyr. SA w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 r., I ACa 576/01, OSP 2003, Nr 2, poz. 23.

[402] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjentką gabinetu stomatologicznego była „15-letnia dziewczyna, u której miał być przeprowadzony zabieg leczenia dziesięciu zębów zmienionych próchnicowo, w tym jeden ząb wymagający leczenia kanałowego. W czasie wprowadzania do znieczulenia, po podaniu leków anestetycznych, doszło do zatrzymania krążenia i oddechu. Mimo natychmiastowo podjętych czynności reanimacyjno-resuscytacyjnych (…) pacjentka zmarła". W opinii biegłych wskazano na liczne nieprawidłowości, w szczególności „nieprzystosowanie gabinetu stomatologicznego do świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym – brak wyposażenia, brak leków anestetycznych", a ponadto brak zapewnienia właściwej obsady fachowej, jako że znieczulenia dokonywał lekarz posiadający jedynie pierwszy stopień specjalizacji – K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 108-109.

do laboratorium i pracowni diagnostyki obrazowej[403], apteki szpitalnej[404], awaryjnego agregatu prądotwórczego[405] lub windy zapewniającej miejsce dla pełnej obsady zabezpieczającej transport pacjenta[406]; bądź też zły stan techniczny pomieszczeń[407] lub warunki lokalowe i sanitarne utrudniające zachowanie zasad aseptyki i skuteczne zapobieganie rozprzestrzenianiu się czynników chorobotwórczych[408]; a ponadto niewystarczające oświetlenie sali operacyjnej i sal chorych[409], ustawienie łóżek uniemożliwiające właściwy dostęp do poszczególnych pacjentów[410] oraz niewłaściwe

[403] Por. § 13 rozp.stand.anest. – stanowiący, że „w celu prawidłowego udzielania świadczenia z zakresu intensywnej terapii podmiot leczniczy prowadzący szpital zapewnia możliwość przeprowadzania w lokalizacji rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych"; Zob. też: E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 83-98.

[404] Por. § 4 i n. rozp. MZ z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. 2002 r. Nr 171, poz. 1395) – wedle którego „aptekę szpitalną sytuuje się na terenie szpitala tak, aby zapewnić prawidłowe zaopatrzenie oddziałów w produkty lecznicze i wyroby medyczne".

[405] Por. § 42 rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn. – wskazujący, że „rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną jest agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania".

[406] Por. post. SN z dnia 14 marca 2013 r., IV KK 420/12, LEX Nr 1293833 – którego kanwę stanowił złożony stan faktyczny, będący podstawą wysunięcia licznych zarzutów wadliwego wyposażenia kliniki, w tym potrzebnego do bezpiecznego transportu pacjenta między piętrami podmiotu leczniczego.

[407] Por. też: wyr. SN z dnia 11 listopada 1976 r., II CR 420/76, LEX Nr 7871 – w którym zwraca się uwagę na fakt, że wadliwość urządzeń szpitala może się przejawiać w wadliwej konfiguracji otworów okiennych, prowadzącej do powstawania nagłych przeciągów albo na „wadliwym rozmieszczeniu chorych o osłabionej zdolności chodzenia w tego rodzaju pomieszczeniach narażonych na niebezpieczne i nagłe przeciągi".

[408] Ilustracją może być następujący przypadek: U pacjenta poddanego zabiegowi usunięcia cysty doszło do zanieczyszczenie rany pooperacyjnej, a w następstwie tego do powstania zgorzeli gazowej, powodującej znaczne ubytki ciała, przykurcze w stawie biodrowym i kolanowym, zaś ostatecznie niedowład kończyny, skrzywienie kręgosłupa i trudności w poruszaniu się. Jak ustalono w sprawie: w klinice „panowały złe warunki sanitarne, sala była zagęszczona (…) łóżka stały blisko siebie"; opatrunki zakładane były „niezgodnie z zasadami aseptyki", „na sali ogólnej, w sąsiedztwie chorego z powikłaniem ropnym", podczas gdy winny być dokonywane na sali zabiegowej" – wyr. SN z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSNC 1974, Nr 10, poz. 176.

[409] Por. § 34-36 rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn. – w których wskazuje się m.in., że „w pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego"; „w salach operacyjnych i pomieszczeniach diagnostyki obrazowej stosuje się wyłącznie oświetlenie elektryczne", zaś „w przypadku gdy nie stanowi to utrudnienia przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, dopuszcza się zastosowanie (…) oświetlenia dziennego"; Zob. szerzej: E. Janosik, E. Kułagowska, *Oświetlenie jako czynnik kształtujący warunki pracy wzrokowej personelu pielęgniarskiego na salach operacyjnych i jego potencjalny wpływ na ryzyko błędu medycznego* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 319-330.

[410] Por. § 18-20 rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn. – stanowiące m.in., że „łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych", a „odstępy między łóżkami umożliwiają swobodny dostęp do pacjentów", natomiast „szerokość pokoju łóżkowego umożliwia wyprowadzenie łóżka"; Por. też: Zał. do rozp.stand.anest. – wedle którego „powierzchnia pokoi łóżkowych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz sali nadzoru pozniecznuleniowego wynosi odpowiednio: 1) pokój

wzajemne usytuowanie jednostek podmiotu[411], w tym niezapewnienie szybkich i bezpiecznych połączeń komunikacyjnych[412].

W kontekście właściwego wyposażenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą doprecyzowania wymaga, że pod pojęciem dostępności należy rozumieć nie tylko fizyczne znajdowanie się określonych przedmiotów w jego lokalizacji (siedzibie). Wszak jedynie wtedy można je uznać za właściwie zabezpieczone, gdy – posługując się przykładem z obszaru udzielania pomocy w stanach nagłych – „leki i materiały stosowane w stanach nagłego zagrożenia życia są stale dostępne w miejscach świadczenia opieki" oraz „przechowywane w sposób funkcjonalny, umożliwiający szybkie dotarcie do pacjenta oraz dogodne korzystanie z zestawu", a ponadto podlegają kontroli uwzględniającej m.in. daty ważności, warunki przechowywania i sposób uzupełniania wykorzystanych leków i materiałów[413]. Analogicznie w przypadku sprzętu używanego w stanach nagłego zagrożenia życia – musi być on „łatwo dostępny w miejscach świadczenia opieki medycznej", dostępność zaś powinna „gwarantować możliwość szybkiego skorzystania z tego sprzętu", a przy tym powinien być on „okresowo kontrolowany, tak aby był sprawny i gotowy do użycia, gwarantując możliwość niezwłocznej pomocy choremu"[414].

1-stanowiskowy – co najmniej 18,0 m2; 2) pokój wielostanowiskowy – co najmniej 16,0 m2 na 1 stanowisko".

[411] Por. w zakresie wymagań ogólnoprzestrzennych: § 14 i n. rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn.; Por. też: § 4 ust. 4 i 9 oraz § 13 rozp.stand.anest. – wedle których: po pierwsze – „usytuowanie oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia komunikację z blokiem operacyjnym, szpitalnym oddziałem ratunkowym lub oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi" (§ 4 ust. 4); po drugie – „w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, w obrębie bloku operacyjnego lub w bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego znajdują się sale nadzoru pozieczuleniowego" (§ 4 ust. 9); po trzecie – szpital zapewnia możliwość przeprowadzania całodobowych niezbędnych badań radiologicznych i laboratoryjnych w „lokalizacji" rozumianej jako „budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń" (§ 13); Zob. szerzej: J. Orłowski, A. Walkowski, M. Zawłodzki, *Aspekty ergonomiczne w projektowaniu funkcjonalno-przestrzennym szpitali* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 331-351.

[412] Ilustracją może być następujący przypadek: W szpitalu powiatowym ze względów finansowych zdecydowano się na zamknięcie łącznika, będącego jedynym wewnętrznym przejściem pomiędzy dwoma częściami budynku tegoż podmiotu leczniczego. W szpitalu tym zatrudniano ponadto tylko jednego dyżurnego lekarza anestezjologa. W czasie reanimacji prowadzonej w oddziale chorób wewnętrznych, znajdującym się w jednym ze skrzydeł budynku, stwierdzono wskazania do pilnego zabiegu na oddziale ginekologiczno-położniczym, usytuowanym w drugiej części szpitala. Pomimo niezwłocznego poinformowania anestezjologa, czas jego przybycia na salę porodową, z uwagi na brak możliwości przejścia przez łącznik, trwał 8 minut. Gdyby łącznik był otwarty, lekarz dotarłby na miejsce po 1-2 minutach – K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 108.

[413] E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 44.

[414] Tamże.

Z kolei z perspektywy współczesnych wyzwań nauki i technologii medycznej warto dodać na koniec bieżących rozważań, że zapewnienie należytych warunków technicznych, sprzętowych i sanitarnych koniecznych do bezpiecznego udzielania świadczeń zdrowotnych obejmuje nie tylko udostępnienie pomieszczeń spełniających warunki ogólnobudowlane i ogólnoprzestrzenne, wyposażenie ich w sprzęt oraz zapewnienie niezbędnych instalacji, lecz także zagwarantowanie dostępu do przejrzystych, spójnych i precyzyjnych narzędzi teleinformatycznych, w tym oprogramowania aparatury medycznej, których nieergonomiczność (np. konieczność jego obsługi w jednostkach miary, które nie są zwyczajowo znane i używane w danym środowisku) może stanowić podłoże nieprawidłowości w leczeniu[415].

6.2.3. Wadliwe procedury organizacyjne

Ostatni z wymienionych obszar zagrożeń to po pierwsze – brak procedur, tj. ich nieustanowienie przez obowiązane do tego osoby; po drugie – wadliwe procedury, w tym funkcjonowanie w obrocie przestarzałych algorytmów postępowania; po trzecie – niezapewnienie stosowania procedur przez podległy personel medyczny, w tym nieznajomość aktualnie przyjętych ścieżek postępowania[416].

Wśród owych ścieżek, schematów i algorytmów postępowania, których brak, wadliwość lub niestosowanie rzutuje na bezpieczeństwo pacjentów, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich skuteczność w pierwszej kolejności wypada wskazać na procedury mające zapewnić ciągłość opieki, w szczególności: procedury przyjmowania pacjentów planowych (np. zakres zbieranego wywiadu) i nieplanowych (np. standardowe ścieżki postępowania w razie zawału serca, udaru mózgu, wyziębienia), w tym przejęcia odpowiedzialności za nowoprzyjętego pacjenta; zasady postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia; algorytmy postępowania w sytuacjach szczególnych, np. na wypadek, gdy konieczna pomoc przekracza możliwości jednostki

[415] Ilustracją może być następujący przypadek: „Pielęgniarz zresetował glukometr, żeby ustalić poziom cukru we krwi, przesuwając jednostkę miary poziomu cukru z mg/dL na mmol/L, ale tak wyrażone wartości zostały błędnie naniesione na kartę choroby jako mg/dL (5,5 mmol/L zostało sprowadzone do 55 mg/dL). Tym sposobem dane zostały zinterpretowane jako stan niedocukrzenia krwi, co doprowadziło do podania glukozy" – F. Ranzani, *Ergonomia i projektowanie przyjazne dla użytkownika – nowe problemy z pogranicza zarządzania ryzykiem i bezpieczeństwa pacjenta* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 237.

[416] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko wcześniej prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 51-55.

albo w okolicznościach nagłego pogorszenia stanu zdrowia osoby niehospitalizowanej, a znajdującej się na terenie szpitala lub w bezpośredniej okolicy; zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów, m.in. osób pod wpływem substancji psychoaktywnych i ofiar przemocy lub zaniedbania; schematy postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy, w tym w zakresie wyznaczania osób kierujących akcją i wydzielania pomieszczeń do segregacji przywożonych pacjentów, przeprowadzania dekontaminacji oraz wzywania dodatkowego personelu „z domu"; program współpracy ze służbami ratowniczymi, obejmujący zwłaszcza sposób informowania o przewidywanym czasie dotarcia z transportowanym pacjentem oraz powiadamiania o czynnikach zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, celem właściwego przygotowania się załogi szpitala do przyjęcia pacjenta; procedury przenoszenia hospitalizowanych, w tym na zewnątrz szpitala i między oddziałami, przewidujące sposób przekazywania odpowiedzialności za pacjenta, zakres informacji medycznej udzielanej przy przekazaniu pacjenta i jej forma oraz środek transportu i odpowiedzialność osób sprawujących opiekę w trakcie przewożenia pacjenta; jak również reguły przekazywania pacjentów kolejnym zmianom[417].

Nieprawidłowości proceduralne w nakreślonym obszarze problemowym mogą przyczyniać się do przerwania ciągłości opieki sprawowanej nad pacjentem lub jej niezapewnienia (w ogóle bądź w wymaganym zakresie); a ujawniają się one niejednokrotnie w newralgicznych momentach, jakimi są: przyjęcie pacjenta, zwłaszcza nieplanowego (hospitalizacja w trybie nagłym)[418] albo przekazanie chorego na kolejne

[417] Katalog procedur mających zapewnić ciągłość opieki opracowano na podstawie standardów akredytacji szpitali – Zob. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 9 i n.

[418] Ilustracją może być następujący przypadek: Po przewiezieniu do szpitala pacjentki, u której w trakcie transportu medycznego stwierdzono wskazania do stosowania tlenoterapii nie odebrano właściwie wywiadu od lekarza będącego członkiem załogi karetki pogotowia ratunkowego, co stanowiło – jak wskazał skład orzekający – przyczynek „błędu organizacyjnego w postaci nie przygotowania sali z dostępem do tlenu, który miał wpływ na dalsze postępowanie lecznicze" – wyr. SA w Białymstoku z dnia 20 stycznia 2010 r., I ACa 571/09, OSAB 2011, Nr 2-3, poz. 8-14; Por. wyr. SN z dnia 24 czerwca 1963 r., II CR 851/62, OSNC 1964, Nr 11, poz. 224 – zgodnie z którym „decyzja lekarza o leczeniu szpitalnym lub ambulatoryjnym należy również do terapii i może stanowić błąd w sztuce lekarskiej. Decyzja ta może być jednak również następstwem wadliwej organizacji pracy szpitala, jeżeli np. względy administracyjne – wbrew wskazaniu – skłaniały lekarza do decyzji o leczeniu ambulatoryjnym"; Por. też: T. Dukiet-Nagórska, *Ocena prawno-karna niektórych decyzji lekarskich powodowanych względami pozamedycznymi*, PiM 2001, Nr 42, s. 26 i n. – Jak podnosi autorka: „Brak przekazania pacjenta do szpitala, którego możliwości w zakresie diagnostyki lub terapii są większe, stanowi najczęściej konsekwencję stanowiska dyrekcji szpitala, tam bowiem podejmowane są decyzje tyczące sposobu jego funkcjonowania. (…) Lekarz działający na pierwszej linii – czy to na podstawie umowy o pracę czy to na podstawie umowy cywilnoprawnej – postępuje w opisany sposób dlatego, że gdyby zakwestionował wytyczony mu sposób postępowania, to straciłby możliwość zarobkowania, a więc pozostaje w stosunku zależności wobec dyrekcji szpitala".

etapy diagnozy i terapii, wraz z przekazaniem informacji o pacjencie i odpowiedzialności za leczenie – czy to w ramach współdziałania jednostek organizacyjnych tego samego podmiotu leczniczego[419] czy to do innego podmiotu leczniczego[420], przy zagwarantowaniu właściwej opieki podczas transportu[421]; lecz także moment zastępowania się pracowników w ramach systemu pracy zmianowej[422]; podejmowania

[419] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjentka została przyjęta do szpitala w związku z rozpoczęciem akcji porodowej. W toku udzielania świadczeń opieki okołoporodowej wystąpiło szereg nieprawidłowości, które ostatecznie doprowadziły do śmierci noworodka. Dziecko urodziło się w stanie ciężkiej zamartwicy z cechami ciężkiego niedotlenienia; od razu po urodzeniu wymagało reanimacji oraz zaintubowania. Jak ustalili biegli: „Poród był prowadzony jako poród fizjologiczny a nie patologiczny, co było błędem, skoro powódka została skierowana do szpitala z ciążą patologiczną. (…) Nie było prawidłowego przepływu informacji między zespołem położniczym a neonatologicznym, co pozwoliłoby na przygotowanie się do przeprowadzenia resuscytacji noworodka natychmiast po urodzeniu" – wyr. SA w Katowicach z dnia 19 lutego 2015 r., I ACa 912/14, LEX Nr 1665782; Por. Zał. do rozp.stand.okołoporod. – zgodnie z którym: „Podmiot wykonujący działalność leczniczą zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej".

[420] Ilustracją może być następujący przypadek: Rodzice przywieźli do szpitala dziecko z nierozpoznaną infekcją wirusową objawiającą się niedowładem kończyn. Lekarka dyżurująca w izbie przyjęć wezwała na konsultację lekarza neurologa i wspólne z nim zdecydowała o konieczności przewiezienia pacjenta do kliniki specjalistycznej. Lekarz neurolog ustalił z kliniką przyjęcie dziecka i zlecił wykonanie dodatkowych badań. Tymczasem lekarka wezwana została do innego nagłego przypadku. Po powrocie do izby przyjęć sądziła, że dziecko zostało już przetransportowane i udała się na oddział. Z kolei lekarz neurolog był przekonany, że pacjent pozostaje pod opieką lekarki. Zniecierpliwieni rodzice zabrali dziecko do domu, gdzie po kilku godzinach zmarło – A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 90-91.

[421] Ilustracją może być następujący przypadek: Na izbę przyjęć zgłosiła się ciężarna z rozpoczętą akcją porodową, przywieziona przez męża. Z powodu braku miejsc lekarz dyżurny odesłał kobietę do innego szpitala, sugerując dojazd własnym środkiem transportu. Ostatecznie kobieta urodziła dziecko we własnym samochodzie przed szpitalem, do którego została odesłana, co mogło, w razie wystąpienia komplikacji, narazić pacjentkę i jej rodzące się dziecko na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W sprawie stwierdzono brak skutecznych procedur przyjęcia pacjenta do placówki, a w razie takiej potrzeby, przekazania go do innego podmiotu leczniczego z zapewnieniem ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Dopiero po incydencie wprowadzono procedurę zapewniającą transport medyczny w przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia, ale braku miejsc – wyr. SA w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2006 r., I ACa 310/06, OSA 2009, Nr 3, poz. 34-53.

[422] Ilustracją może być następujący przypadek: Po zabiegu chirurgicznym, z uwagi na występujące u pacjentki dreszcze do jej łóżka włożono termofor z gorącą wodą, w wyniku czego doszło u niej do ciężkiego poparzenia stóp. Przyczyną tego stanu rzeczy był brak nadzoru pielęgniarskiego, koniecznego w przypadku pacjentki ze zniesionym czuciem w kończynach dolnych po zastosowanym znieczuleniu. Wpływ na przebieg zdarzeń miał fakt, że termofor został zastosowany w czasie, kiedy następowała zmiana pielęgniarek. Z uwagi na brak wpisów o tym sposobie pielęgnacji w dokumentacji medycznej (zarówno pielęgniarskiej, jak i historii choroby), informacja ta nie została przekazana popołudniowej zmianie pielęgniarek, co w konsekwencji przyczyniło się do wystąpienia nieprawidłowości w zakresie przekazywania informacji o pacjencie – K. Kordel, M. Łabęcka, *Skutki braku należytej staranności i ukrywania błędów medycznych*, PiM 1999, Nr 3, s. 59-60; Por. w zakresie sposobu zastępowania się pracowników w kontekście systemu pracy zmianowej: § 9 pkt 13 rozp.stand.anest. – zgodnie z którym „jeżeli inny lekarz kontynuuje znieczulenie pacjenta, lekarz ten ponosi odpowiedzialność za to znieczulenie od chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia; lekarz kontynuujący znieczulenie jest obowiązany zapoznać się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi znieczulanego pacjenta, przebiegu znieczulenia

decyzji i rozwiązywania kwestii spornych[423] oraz rozstrzygania kolizji obowiązków[424]. W kontekście zapewnienia pacjentowi ciągłości opieki medycznej podkreślenia wymaga, że stanu takiego nie sposób osiągnąć bez zapewnienia procedur skutecznej i efektywnej komunikacji między pracownikami medycznymi, względnie jednostkami organizacyjnymi (wewnętrznymi bądź zewnętrznymi), w tym zasad komunikacji alarmowej[425], włączywszy w to szczególnego rodzaju komunikację, jaką jest prowadzenie i przepływ dokumentacji medycznej[426].

---

oraz wyrobów medycznych; przejęcie odpowiedzialności za znieczulenie lekarz kontynuujący znieczulenie potwierdza pisemnie w karcie przebiegu znieczulenia".

[423] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjentka z ujawnionym zawałem mięśnia sercowego przywieziona została do szpitalnej izby przyjęć przez zespół pogotowania ratunkowego. Pomimo, że lekarz karetki drogą radiową powiadomił o ciężkim stanie zdrowia kobiety, którą transportuje, musiał czekać z pacjentką około godziny na podjęcie decyzji co do ewentualnego przyjęcia jako że do izby przyjęć przychodzili kolejni lekarze z oddziału intensywnej terapii oraz chorób wewnętrznych, którzy jednak „z uwagi na stopień kompetencji nie byli władni do podjęcia jednoznacznej decyzji i konsultowali bieżące spostrzeżenia telefonicznie z wyższym stopniem i odpowiedzialnością lekarzami dyżurnymi". Po godzinnych naradach w izbie przyjęć, w wyniku uporu lekarza pogotowia ratunkowego, który nie widział szans przeżycia przy dalszym przewożeniu chorej, pacjentka została przyjęta przez lekarza oddziału chorób wewnętrznych w stanie wstrząsu kardiogennego, gdzie pomimo podjętego leczenia, zmarła – K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 106-107.

[424] Ilustracją może być następujący przypadek: U pacjenta oddziału urologicznego w bezpośrednim okresie pooperacyjnym doszło do późnego rozpoznania zagrożenia życia spowodowanego nagłym zatrzymaniem krążenia, co w efekcie doprowadziło do jego zgonu. Ordynatorowi tejże jednostki zarzucono, że wbrew obowiązkom polegającym na sporządzaniu planu pracy i rozkładu zajęć personelu oddziału, nie uwzględnił on rzeczywistej obsady etatowej pielęgniarek odcinkowych oddziału urologicznego i nieprawidłowo zaplanował liczbę zabiegów przeprowadzonych tego dnia w oddziale, co doprowadziło do kolizji obowiązków wykonywanych przez dyżurne pielęgniarki odcinkowe, przez co nie mogły one sprawować ciągłej opieki nad pacjentem w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. Jak ustalono „pielęgniarka sprawująca bezpośredni nadzór nad pokrzywdzonym, została wezwana do udzielenia pomocy innemu pacjentowi. Sprostanie temu obowiązkowi wiązało się z opuszczeniem sali pooperacyjnej i przerwaniem wykonywania obowiązku w zakresie nadzoru pielęgniarskiego nad pokrzywdzonym. Powstały konflikt obowiązków pielęgniarka rozwiązała w sposób niekorzystny dla pokrzywdzonego, pozostawiając go na sali pooperacyjnej na kilka minut, bez właściwego nadzoru pielęgniarskiego. Okoliczności faktyczne sprawy wskazują nadto, że obowiązek, którego wykonaniu pielęgniarka udzieliła pierwszeństwa, na takie potraktowanie nie zasługiwał" – wyr. SN z dnia 3 sierpnia 2006 r., WA 23/06, OSNwSK 2006, Nr 1, poz. 1539; Zob. szerzej w zakresie przywołanego orzeczenia: E. Plebanek, *Glosa* …, 2009; Por. w zakresie rozwiązywania konfliktu obowiązków: § 9 pkt 14 rozp.stand.anest. – zgodnie z którym „lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji innego pacjenta, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna".

[425] Ilustracją może być następujący przypadek: Hospitalizowany pacjent zmarł, nie uzyskawszy właściwej pomocy medycznej. Nie udzielono jej, gdyż nie było możliwe „efektywne wezwanie dyżurnego lekarza do reanimacji, ponieważ zasięg bezprzewodowego systemu komunikacji zainstalowanego w szpitalu nie obejmował wszystkich pomieszczeń, czego nie sprawdzono i nie uprzedzono o tym lekarza" – J. Drobnik, R. Susło, J. Trnka, A. Mastelarz-Migas, *Błąd organizacyjny jako wynik braku optymalizacji funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej*, Family Medicine and Primary Care Review 2009, Nr 11, s. 288; Por. § 9 pkt 2 rozp.stand.anest. – zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii (lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci), ustala sposób komunikacji alarmowej.

[426] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjentce oddziału ginekologiczno-położniczego, rodzącej z zastosowaniem analgezji, podano nadmierną dawkę znieczulenia, co doprowadziło u niej do rozległego uszkodzenia systemu nerwowego. Preparat podawany był kilkukrotnie, najpierw przez

Kolejny warty uwagi punkt stanowi opieka okołozabiegowa, w kontekście której warto podkreślić znaczenie procedur minimalizujących ryzyka związane z samym zabiegiem, jak i znieczulaniem do niego[427]. W nakreślonym obszarze nieprawidłowości w leczeniu warunkowane złą organizacją mogą wystąpić po pierwsze – w toku kwalifikacji pacjenta do zabiegu, w tym identyfikacji właściwej osoby poddawanej zabiegowi[428], względnie jej grupy krwi[429], oraz organu, który ma być zoperowany lub przeszczepiony[430]; po drugie – na etapie przygotowania i sprawdzenia sprawności sprzętu

dyżurną lekarz anestezjolog, a następnie przez położną, na zlecenie lekarza ginekologa, prywatnie zajmującego się pacjentką, co doprowadziło do jego przedawkowania skutkującego porażeniem mięśni oddechowych i zatrzymania akcji serca, zaś ostatecznie śpiączki. Wśród zaniedbań wskazano m.in. niewłaściwie prowadzoną dokumentację anestezjologiczną i zaginięcie karty obserwacyjnej pacjentki – wyr. SA w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I ACa 377/06, LEX Nr 526714; Por. w zakresie szczegółowych wymogów prowadzenia i przekazywania dokumentacji medycznej: § 9 pkt 7 i 12 rozp.stand.anest. – stanowiące, że „lekarz kwalifikujący pacjenta do znieczulenia wypełnia podczas kwalifikacji kartę konsultacji anestezjologicznej", natomiast „lekarz wykonujący znieczulenie wypełnia kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniającą w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania"; Por. też w analogicznym zakresie: Zał. do rozp.stand.okołoporod. – zgodnie z którym „rodzącej otrzymującej analgezję regionalną należy założyć kartę przebiegu znieczulenia, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, (…) dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania".

[427] Zob. szerzej: E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 62-70; Zob. też w zakresie standardów wykonywania znieczulenia: § 2-9 rozp.stand.anest., w tym § 9 pkt. 1 – upoważniający kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem anestezjologicznym do określenia procedur przygotowania pacjenta do znieczulenia, w tym wykazu badań diagnostycznych, laboratoryjnych, w celu bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu w trybie natychmiastowym, pilnym, przyśpieszonym i planowym.

[428] Ilustracją może być następujący przypadek: Lekarz dokonał zabiegu chirurgicznego, któremu miała być poddana inna chora, zaś bezpośrednią przyczyną omyłki było sprowadzenie na salę niewłaściwej pacjentki, przy czym dla uniknięcia błędu wystarczyło znać nazwisko chorej, która miała być operowana i porównać je z nazwiskiem chorej leżącej na stole operacyjnym. W sprawie tej stwierdzono brak procedur identyfikacji pacjentów do zabiegów – orzecz. SN z dnia 10 grudnia 1952 r., C 584/52, PiP 1953, Nr 8-9, poz. 366; Warto nadmienić, że obecnie obowiązuje wymóg stosowania tzw. okołooperacyjnej karty kontrolnej zakładającej potwierdzenie tożsamości pacjenta zakwalifikowanego do zabiegu – Zob. rozp. MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666); Zob. szerzej na temat identyfikacji pacjenta: R. Kubiak, M. Jankowski, *Identyfikator pacjenta oraz wybrane zagadnienia ochrony jego danych osobowych*, MP 2013, Nr 30, s. 70-77; Zob. też: F. Ranzani, *Ergonomia* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 232; Zob. szerzej na temat dokumentacji okołooperacyjnej: H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, *Jak zwiększyć bezpieczeństwo w chirurgii?* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 85 i n.; B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, *Okołooperacyjna Karta Kontrolna – niełatwe, ale istotne rozwiązanie dla zmniejszenia ryzyka zabiegów chirurgicznych*, MP 2012, Nr 12.

[429] Ilustracją może być następujący przypadek: Po przeprowadzonej operacji pacjenta poddano transfuzji krwi. Widząc, że transfuzja krwi z założonej butelki kończy się, przywołał on pielęgniarkę; ta zaś, „nie sprawdzając dokładnie oznaczenia na butelce z krwią, a co istotniejsze nie pytając o dyspozycję jedynie uprawnionego do wydania decyzji w tym przedmiocie lekarza, samowolnie wzięła butelkę z krwią i podłączyła do aparatu transfuzyjnego". Jak się okazało, pielęgniarka założyła butelkę z krwią niewłaściwej grupy, co wywołało u chorego wstrząs poprzetoczeniowy, a następnie śmierć – orzecz. SN z dnia 8 kwietnia 1959 r., III CR 762/58, PiP 1961, Nr 2, poz. 342; Zob. też: A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 73.

[430] Ilustracją może być następujący przypadek: W związku ze schyłkową niewydolnością nerek pacjentka została zakwalifikowana do operacji przeszczepienia prawej nerki. „W trakcie operacji powódki

przed przystąpieniem do zabiegu[431]; po trzecie – w przebiegu samego zabiegu, w szczególności podczas zliczania zużytych w jego trakcie wyrobów medycznych (np. narzędzi i materiałów opatrunkowych), tak aby nie pozostawić ich w polu operacyjnym[432]; po czwarte – w zakresie opieki pooperacyjnej[433].

Za nie mniej istotne w praktyce medycznej należy uznać działania redukujące niebezpieczeństwo wystąpienia zakażeń, realizowane poprzez opracowywanie i wdrażanie procedur higieniczno-sanitarnych[434]; począwszy od procedur sprzątania i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych, uwzględniających podział pomieszczeń na klasy czystości oraz mycia, dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego,

---

doszło do pomyłki, skutkiem czego było wszczepienie nerki (…), która nie zgadzała się z grupą krwi powódki. Pielęgniarka asystująca przy zabiegu pobrała nerkę znajdującą się w niewłaściwej lodówce". Lekarz operator „sprawdził poprzez wstępną weryfikację dane z karty typowania z osobą biorcy. Nie przeprowadził jednak weryfikacji narządu z danymi znajdującymi się na karcie typowania, do czego był zobligowany. W efekcie powódka doznała tego samego dnia reakcji ostrego odrzucenia wszczepionej nerki" – wyr. SO we Wrocławiu z dnia 13 lutego 2015 r., I C 478/12, LEX Nr 2544961.

[431] Ilustracją może być następujący przypadek: W czasie zabiegu operacyjnego przeprowadzanego z użyciem noża elektrycznego doszło u pacjenta do rozległych oparzeń na skutek „przebicia prądu". Jak ustalili biegli, zdarzeniu można było zapobiec przy starannym sprawdzeniu, bezpośrednio przed zabiegiem, stanu technicznego sprzętu, czego jednak nie uczyniono, gdyż zgodnie z przyjętymi w jednostce zasadami, kontrola urządzenia dokonywana była w cyklach 4-letnich – wyr. SN z dnia 11 maja 1983 r., IV CR 118/83, OSNC 1983, Nr 12, poz. 201; Por. § 9 pkt 10 rozp.stand.anest. – wedle którego „przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz (…) jest obowiązany: a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia, b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania, c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia, d) przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia, e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu".

[432] Ilustracją może być następujący przypadek: Pracująca w szpitalu instrumentariuszka „nie zgłosiła w czasie dwóch kolejnych operacji braku chust operacyjnych, w wyniku czego chusty te zostały pozostawione w jamach brzusznych dwóch pacjentek, z których jedna zmarła, a druga doznała trwałego kalectwa (…). Błąd ten wynikał z jednej strony z przyjętego w tym zespole, wadliwego organizacyjnie, zwyczaju liczenia chust przez kilka osób, co prowadziło do rozkładania się odpowiedzialności i zwiększyło możliwość pomyłki, a z drugiej strony z tego, że chusty zużyte przez operującego wyrzucano bezpośrednio do wiadra, zamiast podawać je instrumentariuszce" – A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 74-75.

[433] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjent został przyjęty do oddziału urologii celem wykonania zabiegu w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym. „Zabieg przebiegał prawidłowo i pacjent został wybudzony na sali operacyjnej bez jakichkolwiek problemów. Po przewiezieniu na salę chorych, pielęgniarka odcinkowa miała sprawować stały, dwugodzinny nadzór nad pacjentem. W czasie tym opuściła salę chorych by pomóc w przewiezieniu innego pacjenta z badania endoskopowego. W czasie jej nieobecności, anestezjolog z chirurgiem przywieźli ostatniego, operowanego w tym dniu chorego na salę i anestezjolog zauważył sinicę powłok wcześniej operowanego mężczyzny. Mimo niezwłocznego podjęcia prawidłowych czynności reanimacyjno-resuscytacyjnych pacjent nie odzyskał przytomności i zmarł po kilkudziesięciu dobach leczenia". Jak ustalono w sprawie: „pielęgniarka nie zrozumiała znaczenia pojęcia stałego, intensywnego, 2-godzinnego nadzoru nad pacjentem po operacji w znieczuleniu ogólnym" – K. Kordel, M. Łabęcka, *Błędy* …, 2006, s. 106.

[434] Katalog procedur mających zapewnić kontrolę zakażeń opracowano na podstawie standardów akredytacji szpitali – Zob. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 50 i n.

odpowiednich do poszczególnych jego kategorii[435]; poprzez zasady stosowania środków ochrony osobistej oraz izolacji chorych zakażonych i pacjentów o podwyższonym ryzyku zakażenia[436]; a skończywszy na programie racjonalnej polityki antybiotykowej, obejmującym monitorowanie zmian w lekooporności drobnoustrojów szpitalnych i antybiotykowej profilaktyce okołozabiegowej[437].

---

[435] Ilustracją może być następujący przypadek: „W 4 szpitalnych gabinetach endoskopii jedynym – w ocenie szpitala skutecznym – sposobem, który miał chronić pacjenta przed zakażeniem było posiadanie dwóch endoskopów dla pacjentów HBS ujemnych i nosicieli bez stosowania jakichkolwiek procedur dezynfekcji sprzętu. W trzech innych szpitalach mimo przestrzegania obowiązujących zasad dezynfekcji endoskopów, zabiegi te były jednak stosowane dopiero po całodziennym ich użytkowaniu. Przeciętnie wykonywano 4-6 badań przewodu pokarmowego zaś między jednym a kolejnym pacjentem jedyną metodą dezynfekcji było wytarcie endoskopu gazą". Owe rażąco błędne procedury sanitarno-higieniczne doprowadziły do zakażeń wirusem zapalenia wątroby kilkudziesięciu pacjentów – C. Chowaniec, *Błąd* …, 2001, s. 25.

[436] Ilustracją może być następujący przypadek: Do 59-letniego mężczyzny – jak później ustalono cierpiącego na chorobę psychiczną – znalezionego leżącego na trawie, została wezwana karetka, którą został on przetransportowany do szpitala. Tam, po ocenie stanu zdrowia pacjenta, stwierdzono u niego skrajne zaniedbanie, wręcz wyniszczenie, w tym niedokarmienie, wyziębienie i zarobaczenie („oczodoły, małżowiny uszne i okolice pachwin i szyi pokryte larwami, powieki częściowo zjedzone przez larwy"). Pomimo stanu pacjenta nie zdecydowano o hospitalizacji; po umyciu, nakarmieniu i podaniu leków pacjent został odesłany do miejsca zamieszkania. Decyzji nie zmieniono pomimo wyraźnie pogarszającego się stanu zdrowia pacjenta, stwierdzanego przez kolejne zespoły zajmujące się pacjentem (pogotowia, a następnie izby chorych). Ostatecznie u pacjenta doszło do zatrzymania akcji serca. Jak ustalili biegli: „odmowa przyjęcia chorego do szpitala powodowana była obawą o zainfekowanie i zarobaczenie oddziału", co w ich ocenie należało uznać za nieuzasadnione, gdyż „do obowiązków m.in. ordynatora oddziału szpitalnego należą sprawy organizacyjne takie jak np. zorganizowanie «*ad hoc*» sali o charakterze izolatki" – J. Kunz, *Błąd z bezduszności lekarskiej*, AMSiK 2000, Nr 50, s. 277-280; Por. § 21 oraz Zał. Nr 1 do rozp.warunk.lokal.techn.sanitarn. – w zakresie, w jakim ustanawia się wymóg posiadania przez szpital izolatki; Por. też: § 4 ust. 5 rozp.stand.anest. – stanowiący, że „w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zapewnia się izolatkę dostępną z traktów komunikacji oddziału, która posiada śluzę umożliwiającą umycie rąk, przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych"; Por. też: rozp. MZ z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 539, z późn. zm.); oraz Zał. do rozp. MZ z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1749, z późn. zm.) – zgodnie z którym „przed przyjęciem do leczenia szpitalnego (…) pacjent jest poddawany w tym szpitalu ocenie stanu zdrowia w miejscu wydzielonym od miejsca przeznaczonego do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom niezakażonym wirusem SARS-CoV-2".

[437] Ilustracją może być następujący przypadek: Pacjent został poddany zabiegowi operacyjnemu, podczas którego – na skutek zaniechania profilaktyki antybiotykowej okołooperacyjnej – doszło do zakażenia pola operacyjnego bakterią gronkowca złocistego. Jak ustalili biegli, w podmiocie funkcjonowało szereg procedur sanitarno-higienicznych; niemniej, aby uniknąć zakażenia standardem jest – poza innymi czynnościami sanitarno-higienicznymi – profilaktyka antybiotykowa. „Stosowanie bowiem procedur aseptycznych dotyczących skóry (mycie, odkażanie) zmniejsza na jej powierzchni ilość drobnoustrojów chorobotwórczych i flory bakteryjnej stanowiącej jej stały składnik, ale jej nie eliminuje całkowicie, dlatego powszechnie obowiązującą zasadą jest, iż do 30 minut przed zabiegiem podaje się dożylnie w bonusie antybiotyk z puli wyodrębnionej wyłącznie do profilaktyki, tak aby osiągnął on w tkankach miękkich miejsca operowanego maksymalne stężenie. Gdy zabieg przedłuża się powyżej 45 minut do godziny podaje się następną dawkę" – wyr. SA w Krakowie z dnia 4 września 2013 r., I ACa 712/13, LEX Nr 1540878; Por. następujący przypadek: Wobec rozpoznania złamania otwartego wieloodłamowego obu kości goleni z przemieszczeniem, pacjentka została zakwalifikowana w trybie ostro dyżurowym do operacji, która odbyła się bez powikłań. Następnego dnia po zabiegu pobrano posiew z rany operacyjnej, a w badaniu stwierdzono obecność bakterii *staphylococcus* koagulazo-ujemnych z oznaczoną lekoodpornością i wrażliwością na antybiotyki. Jak jednak ustalono w sprawie: „nie doszło do zakażenia szpitalnego. Infekcja nastąpiła bowiem w momencie urazu. Postępowanie okołooperacyjne

Z perspektywy omawianego tematu uwadze ujść nie mogą również zasady bezpiecznego gospodarowania lekami, w szczególności: procedury przechowywania ograniczające niekontrolowany i nieuzasadniony dostęp do leków lub pomyłkowe ich użycie przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości użycia potrzebnego leku bez zbędnej zwłoki, lecz także zabezpieczające leki przed przechowywaniem niezgodnym z zaleceniami producenta; system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach, włączywszy w to reguły „okresowej kontroli sposobu przechowywania leków w oddziałach, ich ilości, sposobu stosowania, przyjętych w szpitalu zasad ułożenia leków oraz sprawdzaniu terminu ważności leków, a także zgodności stanu z dokumentacją wydawania"; procedury przygotowywania i podawania leków pacjentom, w tym ich oznakowania w sposób jednolity, znany personelowi i minimalizujący możliwość pomyłek; oraz procedury stosowania preparatów krwiopochodnych[438]. Jeśli w szpitalu nie funkcjonują powyższe procedury może dojść nawet do pomylenia silnie działających, toksycznych preparatów chemicznych używanych do celów sanitarnych z produktami leczniczymi podawanymi pacjentom[439].

Kończąc rozważania poświęcone błędnym procedurom jako determinancie wystąpienia negatywnych skutków dla życia lub zdrowia, warto podkreślić, że zapewnienie właściwych algorytmów postępowania kadry medycznej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych winno być podyktowane bezpieczeństwem zarówno

z zastosowaniem antybiotyku augmentinu i implantacją gąbki z gentamycyną miejscowo było prawidłowe, stanowiło zgodną z rekomendacjami oraz skuteczną profilaktykę rozwoju infekcji rany" – wyr. SA w Łodzi z dnia 25 listopada 2016 r., I ACa 636/16, LEX Nr 2200323.

[438] Katalog procedur mających zapewnić właściwą gospodarkę lekiem opracowano na podstawie standardów akredytacji szpitali – Zob. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 72 i n.

[439] Ilustracją może być następujący przypadek: Ordynator oddziału położniczo-ginekologicznego zalecił podanie czterem pacjentkom tegoż oddziału soli gorzkiej, jako środka przeczyszczającego. Odpowiedzialna za to położna udała się do sali porodowej, gdzie stała szafa apteczna z lekami, w której przechowywano sól gorzką. Substancja ta znajdowała się w torebce papierowej obok torebki z silnie działającym środkiem toksycznym w postaci azotynu sodu, używanym jako dodatek do płynów dezynfekujących narzędzia lekarskie. Położna otworzyła jedną z tych torebek, w której znajdował się, zamiast soli gorzkiej, azotyn sodu i podała go czterem pacjentkom, które w kilka minut po zażyciu środka, pomimo podjętej akcji reanimacyjnej, zmarły. Jak później ustalono, azotyn sodu był przechowywany na oddziale w różnych miejscach, i to nie zawsze pod zamknięciem, a nawet razem z lekami, co wynikało z braku procedur zapewniających bezpieczne przechowywanie i właściwą kontrolę zużycia stosowanych na oddziale preparatów. Jak uznał sąd rozpatrujący przedmiotową sprawę, przy wskazanej organizacji pracy oddziału popełnienie tego rodzaju błędu medycznego było właściwie nieuniknione – wyr. SN z dnia 27 października 1983 r., II KR 219/83, OSNKW 1984, Nr 5-6, poz. 54.

pacjenta, jak i samego pracownika medycznego[440]; lecz także – osób trzecich[441], biorąc zwłaszcza pod uwagę fakt, że na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska[442].

6.3. Rejestr zdarzeń niepożądanych jako urzeczywistnienie wytycznych płynących z zasady prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

6.3.1. System raportowania zdarzeń niepożądanych – ekspozycja problemów skłaniających do jego wprowadzenia

Analiza problematyki organizacyjnych uwarunkowań nieprawidłowości w leczeniu może prowadzić do wniosku, że przy obecnej złożoności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych nieodzownym jest wprowadzenie rozwiązań systemowych mających na celu poprawę jakości środowiska pracy profesjonalistów medycznych i podniesienie bezpieczeństwa pacjenta, osiąganych dzięki stałemu monitorowaniu, analizowaniu i doskonaleniu procesów klinicznych i zarządzania. Nakreślonego stanu rzeczy nie sposób urzeczywistnić bez powołania do życia systemu pozwalającego na stałą ocenę wskazanych faktorów i wyciąganie wniosków z przeprowadzonej oceny; służącego identyfikowaniu, gromadzeniu i analizowaniu danych na temat „zdarzeń niepożądanych"[443] związanych z opieką nad pacjentem, z położeniem szczególnego

---

[440] E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 104; Zob. też: A. W. Wu, *Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too*, BMJ 2000, Nr 320, s. 726-727; H. H. Edrees, L. A. Paine, E. R. Feroli, A. W. Wu, *Health care workers as second victims of medical errors*, PAIM 2011, Nr 121, s. 101-108; D. Kilańska, *Bezpieczny personel – bezpieczny pacjent*, Analiz. Przyp. Piel. Położn. 2006, Nr 9, s. 17-20; P. Gajewski, R. Krajewski, *„Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz" – program dla środowiska medycznego*, MP 2011, Nr 1.

[441] Ilustracją może być następujący przypadek: Do gabinetu zabiegowego weszła pacjentka z dwojgiem dzieci, celem wykonania zastrzyku u starszego syna. Po wejściu do gabinetu usiadła na kozetce i trzymała starszego syna na kolanach. „W tym czasie młodszy syn, zgodnie z poleceniem pielęgniarki, stał w górnej części kozetki (…), tym samym pozostawał po prawej stronie pielęgniarki wykonującej zastrzyk. Ponadto w gabinecie przebywała obca kobieta (…). Pielęgniarka wykonała zastrzyk po czym trzymając w ręce strzykawkę z igłą odwróciła się i wbiła igłę w oko" młodszego chłopca, stojącego nadal w tym samym miejscu. „Dziecko zostało przewiezione do okulisty, który stwierdził ranę kłutą prawej gałki ocznej z przebiciem soczewki. W dalszym przebiegu zmian urazowych rozwinęła się zaćma i zaistniała konieczność usunięcia soczewki. Matka dziecka w swoich wyjaśnieniach podała, że w czasie wykonywania zabiegu, pielęgniarka rozmawiała z siedzącą w gabinecie kobietą" – Z. Parkitna-Cegła, *Błąd* …, 1997, s. 108-109.

[442] Art. 21 ust. 1 u.praw.pacjent.; Zob. też: art. 21 ust. 2 u.praw.pacjent. – zgodnie z którym „osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta".

[443] Por. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 22 lipca 2021 r., opubl. na oficjaln. str. internet. RCL: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305/katalog/12804503#12804503 [dostęp 9.08.2021] – zgodnie z którym „zdarzenie medyczne" to „zdarzenie zaistniałe w trakcie lub w efekcie udzielania świadczeń

nacisku na wykorzystywanie wniosków płynących z analiz i ukierunkowanie na możliwość uczenia się na podstawie wykrycia ewentualnych nieprawidłowości. Raportowanie i analiza błędów nabierają szczególnego znaczenia w kontekście wykrywania wad systemowych, organizacyjnych, ergonomicznych, zarządzania – mogących mieć szerszą skalę niż jednostkowy przypadek. Niemniej należy zaznaczyć, że sygnalizowany problem nie zawęża się jedynie do błędów organizacyjnych, choć w tychże okolicznościach potrzeba sięgania do kompleksowych rozwiązań mających zapobiegać występowaniu tego typu niekorzystnych zdarzeń w przyszłości, jest szczególnie widoczna. Powyższe postulaty zgłaszają liczni przedstawiciele nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w tym biegli sądowi, w wypowiedziach formułowanych w literaturze naukowej i fachowej zarówno krajowej[444], jak i zagranicznej[445].

opieki zdrowotnej, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia, powodujące lub mogące spowodować negatywne skutki u pacjenta, w tym zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenie, uszczerbek na zdrowiu, chorobę, lub uszkodzenie płodu"; Dla jednolitości pojęciowej na gruncie niniejszej pracy – na okoliczność rozważań poświęconych stosownemu rejestrowi – przyjmuje się wskazany termin w powyższym kształcie i rozumieniu.

[444] J. Pokorski, *Ergonomiczne* …, 2008; T. Gwizdak, *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, Probl. Pielęgn. 2008, Nr 16, s. 181-185; E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 103-112; R. Niżankowski, *Jak poprawić bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu?* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 55-70; K. Bielecki, *Zdarzenia* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 80-81; A. Kübler, *Bezpieczeństwo w anestezjologii i intensywnej terapii* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 95-101; T. Jurek, B. Świątek, W. Golema, *Zdarzenie* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 146-147; J. Friediger, *Warunki konieczne dla zgłaszania zdarzeń niepożądanych* [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 168-169; J. Pokorski, *Ergonomiczne* ... [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 219-222; L. Kryst, *Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej*, Bezpieczeństwo Pracy 2011, Nr 11, s. 22-23; P. Gajewski, R. Krajewski, *„Bezpieczny pacjent* …, 2011; R. S. Cranovsky, *O niedoskonałości naszych poczynań, czyli o tzw. błędach medycznych – wprowadzenie*, MP 2011, Nr 1; R. S. Cranovsky, R. Krajewski, *Zdarzenia niepożądane w lecznictwie i błędy medyczne – skala problemu*, MP 2011, Nr 2; R. S. Cranovsky, R. Krajewski, *Przyczyny zdarzeń niepożądanych i ogólne zasady postępowania lekarza w razie ich wystąpienia*, MP 2011, Nr 3; M. Kłys, P. Kowalski, *Błąd* …, 2011, s. 380-381; B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, *Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali*, MP 2012, Nr 10; P. Gajewski, M. Bała, *Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali*, MP 2012, Nr 11, s. 121 i n.; R. Niżankowski, *Bezpieczeństwo pacjentów w polskich szpitalach – może należałoby się przejąć?*, MP 2012, Nr 12; K. Przybylska, A. Klamerek, M. Matthews-Kozanecka, *Błąd* …, 2014, s. 159-160; B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, M. Tombarkiewicz, *Zdarzenia niepożądane. Analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych*, Kraków 2015; J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia* …, 2015, s. 544-550; R. Skowronek, C. Chowaniec, *Odpowiedzialność* …, 2016; M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, MW 2016, Nr 8, s. 159 i n.; T. Sycz, J. Tomaszewska-Mielniczek, W. K. Sycz, *Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych – potrzeba czy konieczność*, Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2018, Nr 4, s. 19-23.

[445] L. L. Leape, *Error in medicine*, JAMA The Journal of the American Medical Association 1994, Nr 272, s. 1851-1857; L. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson (red.), *To err is human* …, 1999; P. Barach, S. D. Small, *Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems*, British Medical Journal 2000, Nr 320, s. 759 i n.; M. H. Biros, J. G. Adams, R. L. Wears, *Errors in emergency medicine. A call to action*, Academic Emergency Medicine 2000, Nr 11, s. 1173-1174; R. L. Helmreich, *On error management. Lessons from aviation*, British Medical Journal 2000, Nr 320,

Jak słusznie podnosi się w ich ramach, instytucje prawa karnego nie należą do skutecznych instrumentów rozwiązywania problemu społecznego, jakim jest zjawisko błędu medycznego[446]. „Błąd tego rodzaju kojarzony jest zazwyczaj z osobistym

s. 781; D. A. Pietro, L. J. Shyavitz, R. A. Smith, B. S. Auerbach, *Detecting and reporting medical errors. Why the dilemma?*, British Medical Journal 2000, Nr 320, s. 794-796; S. Schenkel, *Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments*, Academic Emergency Medicine 2000, Nr 11, s. 1204-1222; S. N. Weingart, R. M. Wilson, R. W. Gibberd, B. Harrison, *Epidemiology of medical error*, The Western Journal of Medicine, 2000, Nr 172, s. 390-393; J. P. Ioannidis, J. Lau, *Evidence on interventions to reduce medical errors: an overview and recommendations for future research*, Journal of General Internal Medicine 2001, Nr 16, s. 325-334; S. N. Weingart, L. D. Callanan, A. N. Ship, M. D. Aronson, *A Physician-based voluntary reporting system for adverse events and medical errors*, Journal of General Internal Medicine 2001, Nr 16, s. 809-814; R. Lawton, D. Parker, *Barriers to incident reporting in a healthcare system*, Quality and Safety in Health Care 2002, Nr 11, s. 15-18; L. L. Leape, *Reporting of adverse events*, The New England Journal of Medicine 2002, Nr 347, s. 1633-1638; L. L. Leape, D. M. Berwick, D. W. Bates, *What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety*, JAMA The Journal of the American Medical Association 2002, Nr 288, s. 501-507; C. L. Uribe, S. B. Schweikhart, D. S. Pathak, M. Dow, G. B. Marsh, *Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation*, Journal of Healthcare Management 2002, Nr 47, s. 263-279; J. Zhang, V. L. Patel, T. R Johnson, *Medical error: is the solution medical or cognitive?*, Journal of the American Medical Informatics Association 2002, Nr 9, s. 75-77; D. M. Berwick, *Errors today and errors tomorrow*, The New England Journal of Medicine 2003, Nr 348, s. 2570-2572; A. Hevia, C. Hobgood, *Medical error during residency. To tell or not to tell*, Annals of Emergency Medicine 2003, Nr 42, s. 565-570; E. J. Thomas, L. A. Petersen, *Measuring errors and adverse events in health care*, Journal of General Internal Medicine 2003, Nr 18, s. 61-67; C. Hobgood, J. Xie, B. Weiner, J. Hooker, *Error identification, disclosure, and reporting. Practice patterns of three emergency medicine provider types*, Academic Emergency Medicine 2004, Nr 11, s. 196-199; D. M. Studdert, M. M. Mello, T. A. Brennan, *Medical malpractice*, The New England Journal of Medicine 2004, Nr 350, s. 283-292; E. D. Grober, J. M. A. Bohnen, *Defining medical error*, Canadian Journal of Surgery 2005, Nr 48, s. 39-44; K. Henriksen, J. B. Battles, E. S. Marks, D. I. Lewin (red.), *Advances in patient safety. From research to implementation*, Rockville 2005; L. L. Leape, D. M. Berwick, *Five years after "To err is human". What have we learned?*, JAMA The Journal of the American Medical Association 2005, Nr 293, s. 2384-2390; T. H. Gallagher, A. D. Waterman, J. M. Garbutt, J. M Kapp, D. K Chan, W. C. Dunagan, V. J. Fraser, W. Levinson, *US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients*, Archives of Internal Medicine 2006, Nr 166, s. 1605-1611; C. E. Milch, D. N. Salem, S. G. Pauker, T.G. Lundquist, S. Kumar, J. Chen, *Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals*, Journal of General Internal Medicine 2006, Nr 21, s. 165-170; D. M. Studdert, M. M. Mello, A. A. Gawande, T. K. Gandhi, A. Kachalia, C. Yoon, A. L. Puopolo, T. A. Brennan, *Claims, errors and compensation payments in medical malpractice litigation*, The New England Journal of Medicine 2006, Nr 354, s. 2024-2033; J. A. Taylor, D. Brownstein, E. J. Klein, T. P. Strandjord, *Evaluation of an anonymous system to report medical errors in pediatric inpatients*, Journal of Hospital Medicine 2007, Nr 4, s. 226-233; J. Garbutt, A. D. Waterman, J. M. Kapp, *Lost opportunities. How physicians communicate about medical errors*, Health Affairs Health Affairs 2008, Nr 27, s. 246-255; K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, M. L. Grady (red.), *Advances in patient safety. New directions* …, 2008; O. Guillod, *Medical error disclosure and patient safety. Legal aspects*, Journal of Public Health Research 2013, Nr 2, s. 182-185; D. A. Waxman, M. D. Greenberg, M. S. Ridgely, A. L. Kellermann, P. Heaton, *The effect of malpractice reform on emergency department care*, The New England Journal of Medicine 2014, Nr 371, s. 1518-1525; S. R. McLennan, S. Engel-Glatter, A. H. Meyer, D. L. B. Schwappach, D.H. Scheidegger, B. S. Elger, *Disclosing and reporting medical errors. Cross-sectional survey of Swiss anaesthesiology*, European Journal of Anaesthesiology 2015, Nr 32, s. 471-476; J. Poorolajal, S. Rezaie, N. Aghighi, *Barriers to medical error reporting*, International Journal of Preventive Medicine 2015, Nr 6, s. 97 i n.; M. L. Millenson, *The silence*, Health Affairs 2017, Nr 22, s. 103-112; Zob. też: H. R. Clinton, B. Obama, *Making patient safety the centerpiece of medical liability reform*, The New England Journal of Medicine 2006, Nr 354, s. 2205-2208.

[446] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy rozważania wcześniej prezentowane były przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, *Organizacyjne* … [w:] D. Klimas (red.), *Hipokrates* …, 2018, s. 55 i n.

postępowaniem personelu medycznego (…). Zdarzają się jednak przypadki, gdzie pogorszenie się stanu zdrowia chorego lub jego zgon należałoby wiązać z nieprawidłowościami w organizacji”[447]. Przy czym nie bez znaczenia w nakreślonym kontekście pozostaje fakt, że stale wzrasta skomplikowanie spraw medycznych, co obserwują biegli lekarze, wskazując następnie, że „obecnie nie ma już prawie prostych opinii, które może opracować jeden specjalista”[448]. Jak podkreśla J. Pokorski – odwołując się do danych zamieszczonych w amerykańskim raporcie zatytułowanym „*To err is human. Building a safer health system*”, potwierdzających obserwacje czynione przez specjalistów medycyny sądowej – tradycyjne przypisywanie całej odpowiedzialności ostatniemu ogniwu łańcucha przyczynowego (rozumianego w sensie kauzalnym), tj. bezpośredniemu wykonawcy działań medycznych, zwykle szeregowemu pracownikowi, niekiedy dopiero szkolącemu się – wobec współczesnych realiów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – stanowi anachronizm, gdyż zdarzenia niepożądane mają zwykle wiele przyczyn, etiologię wieloczynnikową[449]. Są wśród nich niejednokrotnie błędy ukryte w systemie (*latent error*), które w niesprzyjających okolicznościach niejako wręcz wymuszają na pracowniku medycznym popełnienie błędu jawnego (*active error*) nie mającego nic, bądź niewiele, wspólnego z błędem medycznym w ujęciu tradycyjnym, wynikającym z braku wiedzy, umiejętności lub też należytej staranności; w czy przejawia się swoista „dysocjacja” zjawiska błędu medycznego[450]. O tym, że nieprawidłowości organizacyjne mogą determinować niekorzystne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta zachowania świadczyć mogą również przytoczone we wcześniejszych fragmentach niniejszej pracy stany faktyczne, obrazujące jak silnie tego rodzaju uwarunkowania – kształtowane przez osoby zarządzające w ochronie zdrowia – mogą wpływać na jakość czynności wykonywanych przez kadrę medyczną, w tym na częstotliwość oraz wagę popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych błędów. Ukaranie zaś ich sprawców, tj. sprawców błędów jawnych – choć być może zaspokaja poczucie społecznej sprawiedliwości i oczekiwania opinii publicznej – nie usuwa błędów ukrytych, wynikających zwykle z ergonomicznej niedoskonałości

[447] C. Chowaniec, C. Jabłoński, M. Kobek, M. Chowaniec, *Narażenie* …, 2007, s. 79.

[448] B. Świątek, *Błędy* …, 2000, s. 40.

[449] J. Pokorski, *Ergonomiczne* …, 2008, s. 3-4, J. Pokorski, *Ergonomiczne* ... [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 207 i n.; J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia* …, 2015, s. 544 i 545; Por. L. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson (red.), *To err is human* …, 1999.

[450] J. Pokorski, *Ergonomiczne* ... [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 208-209, J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia* …, 2015, s. 546.

systemu, a zatem nie dotyka sedna problemu; wszak po zamknięciu sprawy pierwotne przyczyny zaistniałego stanu rzeczy nadal tkwią w systemie, aby w przypadku niekorzystnej konfiguracji okoliczności faktycznych zrealizować się w postaci kolejnego zdarzenia niepożądanego, tym razem prawdopodobnie z udziałem innej osoby zatrudnionej na tym stanowisku, na miejsce swego poprzednika[451].

Jako adekwatne środki zaradcze wskazuje się natomiast – zasadzające się na idei raportowania błędów i uczenia się na nich – rozwiązania ukierunkowane na zapobieganie zdarzeniom niepożądanym, określane zbiorczo jako *Reporting and Learning Systems*, których głównym celem jest to, by błąd zidentyfikować, zrozumieć, skorygować i zapobiec jego wystąpieniu w przyszłości, nie zaś identyfikacja jego sprawców, a w konsekwencji ich stygmatyzacja. Idea wspomnianego rejestru jest wyrazem odejścia od kultury represji, oskarżeń i szukania winnych na rzecz kultury bezpieczeństwa, edukacji i otwartości. W nakreślonych okolicznościach zaniechanie reakcji karnoprawnej paradoksalnie może podnosić bezpieczeństwo pacjentów, a tym samym może okazać się bardziej opłacalne niż ukaranie[452]. Obawa bowiem przed napiętnowaniem – w szczególności na gruncie odpowiedzialności karnej – stanowi główną przeszkodę dla zgłaszalności zdarzeń niepożądanych. Minimalizowanie zaś owej obawy, poprzez wprowadzanie mechanizmów skłaniających do otwartości wobec ujawniania okoliczności tego rodzaju spraw, może przyczyniać się do podniesienia wykrywalności, a tym samym skuteczności systemu raportowania błędów i uczenia się z nich, będącego strategicznym narzędziem w – prowadzonej na szerszą skalę niż jednostkowy przypadek – walce z niekorzystnym z punktu widzenia najcenniejszych dóbr prawnie chronionych zjawiskiem społecznym, jakim jest zjawisko błędu medycznego[453]. Stąd podnosi się, że system ich monitorowania powinien być przede wszystkim nierepresyjny, a przy tym dobrowolny i poufny, uwzględniający przypadki nazywane mianem potencjalnych niezgodności, nieomal błędów, niedoszłych zdarzeń niepożądanych lub zdarzeń ostrzegawczych (*near miss*, *close call*, *sentimel event*), zakładający regularną i rzetelną analizę przyczyn źródłowych (*Root Cause Analysis*), a następnie opracowywanie

[451] J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia* …, 2015, s. 546.

[452] W tym tonie: W. Wróbel, *Zagadnienia* … [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd*…, 2010, s. 155-156; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 403.

[453] Na marginesie można zauważyć, że podobna idea legła u podstaw wykształcenia się w polskim porządku prawnym instytucji świadka koronnego – Por. ustawa z dnia 25 czerwca 1997 r. o świadku koronnym (Dz.U. z 2016 r. 1197); Por. też: art. 60 § 3 i 4 K.k.

fachowej informacji zwrotnej w postaci wniosków i zaleceń (standardów postępowania) na przyszłość.

Zarysowawszy koncepcję raportowania zdarzeń niepożądanych, w dalszej kolejności analizie wypada poddać możliwości implementowania jej do polskiego porządku prawnego, ze szczególnym uwzględnieniem tego, jakie przełożenie zasadnicze jej postulaty mają w sferze odpowiedzialności karnej. Przed przejściem jednak do przedstawienia studium w tym zakresie warto na marginesie dodać, że dostrzegane przez J. Pokorskiego zjawisko „dysocjacji błędu medycznego"[454] może oznaczać niekiedy – próbując przełożyć to na język prawa karnego – nic innego, jak konieczność rozważenia negatywnie wartościowanej zmiany w świecie zewnętrznym w kategoriach jednej z kodeksowych form sprawstwa rozszerzonego czynu poddanego (w sensie ontycznym) defragmentacji na części autorstwa poszczególnych współprzyczyniających się do jego finalnego skutku; za sprawą normatywnej podstawy, jaką stanowi art. 18 K.k., mogącego być spojonym w jedną całość, i jako taki potraktowany i oceniony jako wspólne dzieło. Uwagę w tym kierunku – tj. potrzeby odwołania się do instytucji przestępnego współdziałania – zwraca również cytowana już wypowiedź biegłych sądowych, oceniających stawiane niekiedy zarzuty jako chybione w aspekcie personalnym jako „stawiane jednej (nie do końca właściwej) osobie, pozostającej niejako obok zasadniczego procesu decyzyjnego i niemającej zasadniczego wpływu na losy pacjenta, ewentualnie będącej jedynie ogniwem w rozciągniętym i kilkuetapowym procesie diagnostyczno-terapeutycznym"[455]. Jako problemy dające się rozwiązać na gruncie przestępnego współdziałania można rozważyć także takie układy okoliczności faktycznych, w przypadku których potocznie – w środowisku medycznym – mówi się o „winie systemu". Choć, co oczywiste, prawu karnemu obce jest pojęcie winy anonimowej, przyjęcie jednak, że system ochrony zdrowia tworzą konkretni ludzie – a jego organizacja należy do menadżerów różnego szczebla – daje podstawę dla rozważenia odpowiedzialności karnej za negatywne następstwa niektórych błędów systemowych, tj. uchybień w zarządzaniu procesami zachodzącymi w tym właśnie systemie albo na jego wycinku, który w danym momencie powierzony jest konkretnej, dającej się zidentyfikować, osobie. Tematyka form współdziałania przestępnego

[454] J. Pokorski, *Ergonomiczne* ... [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), *Błąd* …, 2010, s. 208-209, J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia* …, 2015, s. 546.

[455] R. Skowronek, C. Chowaniec, *Odpowiedzialność* …, 2016, s. 123.

mogących urzeczywistnić się w ramach prac zespołu medycznego stanowi natomiast przedmiot rozważań zawartych w kolejnym rozdziale.

6.3.2. Karnoprawne aspekty wprowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych – rozważania *de lege lata* i *de lege ferenda*

Nie podejmując się przeprowadzenia rozległej analizy karnoprawnych warunków koniecznych do wdrożenia systemu raportowania zdarzeń niepożądanych – z uwagi na fakt, że przekraczałoby to ramy niniejszej pracy, a także mając na względzie, iż kwestia ta zasługuje na odrębne potraktowanie – warto jednakowoż, choćby tytułem sygnalizacji problemu, dokonać przeglądu stanu prawnego w zarysowanym kontekście; zwłaszcza, że jak dotąd, pomimo zgłaszania licznych postulatów wprowadzenia wspomnianego systemu, nie dokonano oceny możliwości osadzenia go w polskim porządku karnoprawnym.

Rozpoczynając – tytułem nakreślenia tła – od instytucji o charakterze administracyjnym należy nadmienić, że wpływy koncepcji raportowania zdarzeń niepożądanych można zidentyfikować na gruncie przepisów regulujących problematykę zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie bowiem z ustawą normującą tę materię „kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych", jednym z mechanizmów którego jest prowadzenie „rejestru zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych"[456]. Ten sam akt prawny nakłada obowiązek zgłaszania faktu wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP), zaś NIZP-PZH jako krajowa jednostka właściwa w zakresie nadzoru epidemiologicznego gromadzi, weryfikuje i publikuje dane dotyczące NOP[457]. Warto wspomnieć, że choć nieco innego rodzaju, tym niemniej formą monitorowania zdarzeń niepożądanych jest zgłaszanie – w szczególności prezesowi URL – działań niepożądanych produktu leczniczego[458].

[456] Art. 14 u.zakaźn.; Zob. szerzej w zakresie sposobu prowadzenia rejestru zakażeń szpitalnych: rozp. MZ z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. z 2021 r. 240).

[457] Art. art. 21 u.zakaźn.

[458] Zob. art. 36b i n. u.P.farmaceut.; Zob. też: art. 12a u.praw.pacjent.

Zbliżone rozwiązania przewiduje się w obszarze transplantologii[459], jak również leczenia niepłodności[460] – w obrębie których nakłada się obowiązek raportowania właściwym organom „istotnych zdarzeń niepożądanych" oraz „istotnych niepożądanych reakcji". Omawiana instytucja znana jest również procesowi tzw. akredytacji w ochronie zdrowia[461]. Aczkolwiek wymagane na jej gruncie prowadzenie systemu pozwalającego na regularne monitorowanie bezpieczeństwa pacjenta i wyciąganie wniosków z tak prowadzonej oceny – podobnie jak w przypadku dwóch wcześniej wspomnianych mechanizmów – nie ma charakteru rozwiązania kompleksowego. A mianowicie, jeśli chodzi o śledzenie zakażeń szpitalnych oraz działań niepożądanych produktu leczniczego – prowadzone w tym celu bazy danych są znacznie ograniczone w aspekcie przedmiotowym, dotyczą bowiem jedynie wąskich wycinków działalności leczniczej[462]. Natomiast odnosząc się do wymogu monitorowania zdarzeń niepożądanych wynikającego ze standardów akredytacyjnych należy ocenić, że skala tego rodzaju dobrej praktyki klinicznej i zarządzania jest limitowana przez wzgląd na uwarunkowania o charakterze podmiotowym, tj. w naturalnym następstwie faktu, że wspomniany wymóg kierowany jest – spośród wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terytorium RP – po pierwsze tylko do podmiotów leczniczych, po drugie wyłącznie do tych, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, a po trzecie jedynie do jednostek, które dobrowolnie przystąpią do procedury

[459] Zob. art. 28 i 31a u.transplant. – zobowiązujący bank tkanek i komórek do informowania Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek o każdym przypadku zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanej reakcji; Zob. też w zakresie definicji pojęć „istotnego zdarzenia niepożądanego" oraz „istotnej niepożądanej reakcji": art. 2 ust. 1 pkt 18-19 u.transplant.

[460] Zob. art. 52-54 u.lecz.niepłodn. – zobowiązujące ośrodek medycznie wspomaganej prokreacji oraz bank komórek rozrodczych i zarodków m.in. do prowadzenia stałego monitorowania i aktualizacji systemu zapewnienia jakości, niezwłocznego informowania ministra właściwego do spraw zdrowia o każdym przypadku zaistnienia lub podejrzenia zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanej reakcji, jak również zapewnienia „przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego po każdym przypadku zaistnienia istotnego zdarzenia niepożądanego lub istotnej niepożądanej reakcji" oraz zaproponowania „podjęcia działań w celu przeciwdziałania wystąpieniu takiego zdarzenia lub takiej reakcji w przyszłości"; Zob. też w zakresie definicji pojęć „istotnego zdarzenia niepożądanego" oraz „istotnej niepożądanej reakcji": art. 2 ust. 1 pkt 12-13 u.lecz.niepłodn.

[461] Zob. u.akred.ochr.zdr.

[462] Zgodnie ze standardami akredytacyjnymi „zdarzenia niepożądane wymagające monitorowania i analizy to m.in.: a) ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, b) niewłaściwy pacjent/ miejsce/ strona operowana/ niewłaściwa procedura operacyjna, c) odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego, d) uszkodzenia ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego, e) sepsa po zabiegu operacyjnym, f) embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym, g) samobójstwo w szpitalu, h) niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania), i) upadki w szpitalu, j) nieterminowe dostarczenie opieki, k) reoperacje, l) nieplanowane, powtórne hospitalizacje, m) samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala" – Zob. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009, s. 110.

akredytacyjnej[463]. Mając na uwadze powyższe podkreślenia wymaga również kwestia rozproszenia kompetencji do zbierania i analizowania danych na temat zdarzeń niepożądanych, a w konsekwencji rozproszenia samych danych; ze wszystkimi tego konsekwencjami w zakresie jakości i skuteczności ich analizy, wyciągania konstruktywnych wniosków i tworzenia uniwersalnych standardów postępowania, mogących mieć zastosowanie w szerszej skali niż na terenie li tylko jednego podmiotu leczniczego. Zgodnie bowiem z obecnym stanem prawnym możliwości te nawet nie tyle, że rozłożone są pomiędzy różne instytucje, ile w przeważającej mierze zatrzymują się na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych.

W tym właśnie sensie można ocenić, że aktualny stan prawny nie przewiduje mechanizmu monitorowania zdarzeń niepożądanych, który miałby charakter rozwiązania kompleksowego, systemowego, globalnego, swoistego rodzaju centralnego rejestru; zwłaszcza porównując sytuację na omawianym gruncie choćby z systemem stworzonym na potrzeby prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej i katalogiem podmiotów włączonych w obieg informacji w jego ramach[464]. Jak zatem wynika z dotychczasowych rozważań, urzeczywistnienie idei raportowania zdarzeń niepożądanych byłoby *novum* przede wszystkim w obszarze medycznego prawa administracyjnego, tym bardziej zatem brak jest sprzężonych i zsynchronizowanych z tą instytucją uregulowań karnoprawnych. Żadna bowiem z przywołanych ustaw nie zawiera wzmianki o możliwości zaniechania odpowiedzialności karnej – niejako tytułem gratyfikacji – w związku z autodenuncjacją lub inną formą zgłoszenia błędu. Wskazana luka ma zostać uzupełniona za sprawą projektowanej ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, zakładającej „opracowanie i wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą

[463] Zob. E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski (red.), *Program* …, 2009; E. Dudzik-Urbaniak (red.), *Program* …, 2011; Zob. też: art. 1 i 3 u.akred.ochr.zdr. – stanowiący, że „akredytacja ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych", zaś procedurę tę inicjuje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który „może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego, z wnioskiem o udzielenie akredytacji"; art. 2 ust. 1 pkt 5 u.działaln.leczn. – zgodnie z którym przez „podmiot wykonujący działalność leczniczą" rozumie się „podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5"; oraz art. 8 u.działaln.leczn. – stanowiący, że „rodzajami działalności leczniczej są: 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne; 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne"; Zob. Szerzej w zakresie procesu akredytacyjnego: D. Wąsik, *Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia. Komentarz*, Warszawa 2016; D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *SPM. Organizacja systemu..., t. 3*, Warszawa 2020, s. 924 i n.

[464] Zob. szerzej: u.inform.ochr.zdr.

realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości", w tym poprzez wprowadzenie „systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych"[465]. Toteż w dalszej kolejności warto przyjrzeć się aktualnemu przedłożeniu w tym zakresie, tj. projektowi z dnia 22 lipca 2021 roku[466].

Otóż zgodnie z nim „monitorowanie zdarzeń niepożądanych" – aby rozpocząć od zakreślenia kręgu podmiotów nim objętych – to „działania prowadzone przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne polegające na zapewnieniu zgłaszania zdarzeń niepożądanych, dokonywaniu ich systematycznej analizy oraz wdrażaniu wniosków z analiz, mające na celu zapobieżenie wystąpieniu takich samych i podobnych zdarzeń niepożądanych w przyszłości" (art. 2 pkt 3). Wbrew jednak literalnemu brzmieniu przywołanej definicji ustawowej, raportowaniu podlegają – co należy ocenić pozytywnie – nie tylko zdarzenia niepożądane w ścisłym tego słowa znaczeniu, tj. zaistniałe, lecz także nieomal błędy, na gruncie projektowanej ustawy nazwane niezgodnościami ze standardowymi procedurami postępowania (art. 18 ust. 2 pkt 7-10). Za identyfikowanie oraz zgłaszanie tego rodzaju incydentów odpowiedzialny jest personel szpitala, przy czym „osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa jest kierownik podmiotu leczniczego" (art. 20 ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 1); niemniej projekt ustawy przewiduje także centralny (zewnętrzny) poziom monitorowania, z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego opracowanego i udostępnianego przez NFZ (art. 19 ust. 2 pkt 2, art. 23 ust. 1).

Zgłoszenia mogą być dokonywane „również anonimowo"; a oprócz tego „zapewnia się odpowiednią ochronę uniemożliwiającą identyfikację danych osobowych pacjentów, osób uczestniczących w zdarzeniu i osób, które zgłaszają niezgodność lub zdarzenie niepożądane, przez ich anonimizację" (art. 20 ust. 2 oraz art. 21 ust. 2). Co istotne: „zgłoszenie zdarzenia niepożądanego nie stanowi podstawy do wszczęcia

[465] Zob. Założenia projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 20 stycznia 2017 r., opubl. na oficjaln. str. internet. RCL: https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/form/r8008692725107,Zalozenia-projektu-ustawy-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-i-bezpieczenstwie-pacjent.html [dostęp 24.06.2021] – Zgodnie z przywołanym dokumentem: „Zakres projektowanej regulacji zakłada wprowadzenie rozwiązań w zakresie: 1. autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą (system autoryzacji); 2. systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych (system monitorowania zdarzeń niepożądanych); 3. prowadzenia wewnętrznych systemów monitorowania jakości i bezpieczeństwa; 4. monitorowania klinicznych wskaźników jakości; 5. funkcjonowania rejestrów medycznych; 6. zwiększenia znaczenia systemu akredytacji w ochronie zdrowia".

[466] Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 22 lipca 2021 r., opubl. na oficjaln. str. internet. RCL: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305/katalog/12804503#12804503 [dostęp 9.08.2021].

wobec osoby, która tego zgłoszenia dokonała, postępowania dyscyplinarnego, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania karnego, chyba że w wyniku prowadzonej analizy przyczyn źródłowych zdarzenie to okaże się czynem popełnionym umyślnie" (art. 20 ust. 3).

Wprawdzie zatem w projekcie odnaleźć można – poza innymi zrębowymi elementami determinującymi skuteczne działanie omawianego systemu – wpływy idei unikania stygmatyzacji osób biorących aktywny udział w zgłaszaniu błędów, aczkolwiek proponowane rozwiązanie należy uznać na obecnym etapie prac nad ustawą za zbyt zdawkowe. Z brzmienia art. 20 ust. 3 wypada bowiem wnioskować co najwyżej o zapewnieniu dyskrecji – względem organów ścigania – osobie, która dokonała autodenuncjacji, jako że nie koresponduje ono z żadną ze znanych Rozdziałowi III Kodeksu karnego okoliczności wyłączających odpowiedzialność karną (bezprawność, winę); ani też z tzw. klauzulą dobrego Samarytanina[467]. Tymczasem zgodnie z uzasadnieniem do projektu zamysłem jego autora jest „wprowadzenie regulacji o braku sankcji wobec personelu medycznego w związku ze zgłoszeniem zdarzenia niepożądanego".

Przepis wszak – na niniejszym etapie rozważań pozostawiając na marginesie dalsze fragmenty cytowanego uzasadnienia – można rozumieć w ten mianowicie sposób, że nie podlegają doniesieniu właściwym podmiotom ścigania fakty ujawnione za pośrednictwem omawianego systemu, ale okoliczność ujawnienia ich na tejże drodze sama w sobie nie uniemożliwia ścigania. Wystąpienie ich nie stanowi bowiem – wedle przedłożenia – negatywnej przesłanki procesowej; nie chroni przed odpowiedzialnością karną, chociażby gdy informację o przestępnych faktach organy ścigania powezmą w odrębny sposób, z innego źródła. Ponadto z dobrodziejstwa przepisu może skorzystać jedynie osoba, która sama dokonała zgłoszenia, a przecież nie należy tracić z pola widzenia, że o zdarzeniu może zawiadomić także inna posiadająca stosowną wiedzę osoba, wyprzedzając w tym zainteresowanego autodenuncjacją (potencjalnego) sprawcę.

W nakreślonym kontekście wypada ponadto poczynić odniesienie do art. 240 K.k., jako że biorąc pod uwagę znamiona wyartykułowanego w nim czynu zabronionego, uwzględnienie postulatu anonimowości rejestru zdarzeń niepożądanych – założywszy przyjęcie projektu w obecnym brzmieniu – wydaje się nie być możliwe bez

[467] Zob. szerzej: P. Zawiejski, *Tak zwana klauzula dobrego Samarytanina* [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 402-405.

interwencji ustawodawcy w kształt katalogu pomieszczonego w przywołanym przepisie[468]. Znajduje się w nim bowiem, jako objęty obowiązkiem zawiadomienia o nim pod groźbą kary, czyn zabroniony określony w art. 156, bez doprecyzowania, że chodzi wyłącznie o typ umyślny. Biorąc zatem pod uwagę, że spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nieodzownie łączy się z zagadnieniem błędnie udzielanych świadczeń zdrowotnych, administrator systemu – mając wiarygodną wiadomość o dokonaniu przywołanego czynu zabronionego – nie mógłby się powstrzymać od ujawnienia okoliczności sprawy organom powołanym do ścigania przestępstw bez narażenia się (siebie samego) na odpowiedzialność karną za tego rodzaju zaniechanie[469]. Toteż założenia sprawnego funkcjonowania systemu monitorowania winny uwzględniać karnoprawną sytuację nie tylko potencjalnego sprawcy, lecz także tego, kto w ten sposób – tj. w okolicznościach wykonywania obowiązków związanych z obsługą systemu – dowiedziałby się o inkryminowanym zachowaniu.

Wracając do treści uzasadnienia do projektu można skonstatować, że nie wyjaśnia ono nakreślonych wątpliwości, a wręcz – zamiast je rozwiewać – może stać się ono przyczynkiem kolejnych. Jak można przeczytać bowiem w dalszej jego części: „dane osobowe osób zgłaszających zdarzenia niepożądane, w powiązaniu z danymi identyfikującymi konkretne zdarzenie niepożądane, a także wszelkie informacje zgromadzone w ramach analizy przyczyn zdarzeń niepożądanych nie będą podlegały udostępnieniu", z wyjątkiem: po pierwsze – „danych i informacji przekazywanych NFZ w ramach zgłoszenia zdarzeń niepożądanych oraz przekazywania analiz przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz wniosków i zaleceń do nich", po drugie zaś – „potwierdzenia organom ścigania faktu dokonania zgłoszenia zdarzenia niepożądanego, wskazania danych osoby, która tego zgłoszenia dokonała, daty zgłoszenia oraz przedstawienia okoliczności tego zdarzenia".

Powyższe potwierdza to, co sygnalizowano na wstępnie bieżących rozważań, a mianowicie, że choć kierunek projektowanych rozwiązań należy ocenić pozytywnie, wymagają one dalszych prac legislacyjnych, jako że na obecnym ich etapie z trudnością

---

[468] Por. R. Kubiak, *Ujawnianie zdarzeń niepożądanych a akredytacja szpitala – czy istnieje obowiązek zawiadomienia organów ścigania*, MP 2012, Nr 11, s. 117-120.

[469] Na marginesie warto zauważyć pewnego rodzaju niespójność, przejawiającą się tym, że obowiązkiem denuncjacji objęta jest informacja o spowodowaniu ciężkiego uszczerbku na zdrowiu również w typie nieumyślnym, nie ma jednocześnie we wspomnianym katalogu czynu zabronionego sprowadzającego się do wywołania dalej idącego skutku, jakim jest nieumyślne spowodowania śmierci, określone w art. 155 K.k.

można wnioskować o zamyśle projektodawcy co do ewentualnej depenalizacji czynów objętych autodenuncjacją za pośrednictwem omawianego systemu raportowania zdarzeń niepożądanych, względnie innej instytucji wpisującej się w aksjomat łagodzenia albo zaniechania reakcji karnej.

Rozdział III
Formy współdziałania przestępnego mogące urzeczywistnić się w ramach prac zespołu medycznego

1. Wpływ specyfiki zachowań podejmowanych w zespole medycznym na sposób kwalifikowania ich jako karnoprawnie relewantne formy przestępnego współdziałania

Podstawową i najprostszą formą popełnienia przestępstwa jest sprawstwo pojedyncze[470]. Jego konstytutywne elementy wysłowione są w art. 18 § 1 zd. 1 K.k., zgodnie z którym za sprawstwo odpowiada przede wszystkim ten, kto sam wykonuje czyn zabroniony. Stąd, naturalnym jest – w toku karnoprawnego wartościowania zdarzenia przestępnego – kierowanie uwagi w pierwszej kolejności na ocenę zachowania pojedynczej osoby. Biorąc jednak pod uwagę szerszy kontekst sytuacyjny, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne, należy dojść do przekonania, że pracownik medyczny może wypełnić znamiona czynu zabronionego nie tylko jako sprawca pojedynczy. Sygnalizowana we wcześniejszych fragmentach niniejszej pracy, właściwa

[470] Zob. szerzej: L. Lernell, *Wykład prawa karnego. Część ogólna. Tom I*, Warszawa 1969, s. 189; W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks karny z komentarzem*, Warszawa 1973, s. 92 i n.; tenże, *Nauka o przestępstwie. Analiza prawnicza na podstawie przepisów części ogólnej kodeksu karnego z 1969 r.*, Warszawa 1973, s. 294; tenże, *Nauka o ustawie karnej i o przestępstwie* [w:] K. Buchała, W. Wolter, *Wykład prawa karnego na podstawie kodeksu karnego z 1969 r., Część I. Część ogólna*, Kraków 1979, s. 247 i n.; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 1977, s. 62; K. Buchała, *Prawo karne materialne*, Warszawa 1980, s. 415 i n.; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna*, Warszawa 1994, s. 123; J. Bafia, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1989, s. 102; M. Cieślak, *Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia*, Warszawa 1994, s. 373 i n.; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie prawo karne*, Warszawa 1997, s. 297 i n.; A. Wąsek, *Formy popełnienia przestępstwa w k.k. z 1997 r.*, NKK 1998, Nr 9, s. 91 i n.; tenże, *Kodeks karny. Komentarz do art. 1-31*, Gdańsk 1999, s. 234 i n.; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Gdańsk 2002-2003, s. 231 i n.; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 kodeksu karnego*, Warszawa 1998, s. 171 i n.; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, karze i środkach penalnych*, Warszawa 2002, s. 231 i n.; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 155 i n.; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna*, Warszawa 2017, s. 272; A. Grześkowiak (red.), *Prawo karne*, Warszawa 2007, s. 139; A. Marek, *Kodeks Karny. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 71; tenże, *Prawo karne*, Warszawa 2011, s. 204; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna*, Warszawa 2011, s. 320 i n.; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 68; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-31*, Warszawa 2011, s. 678 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2014, s. 258 i n.; L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2015, s. 96; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo karne*, Warszawa 2015, s. 227 i n.; Ł. Pohl, *Prawo karne. Wykład części ogólnej*, Warszawa 2015, s. 152 i n.; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 92; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, Warszawa 2018, s. 156; J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa 2017, s. 446; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks Karny. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 132; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 186.

współczesnemu systemowi ochrony zdrowia złożoność procedur medycznych – niejednokrotnie wymagających wykonywania składających się na nie czynności w kilkuosobowych zespołach bądź wieloetapowo – może uzasadniać odwołanie się w procesie oceny zdarzenia sprowadzającego negatywny skutek dla życia i zdrowia pacjenta do znanych ustawie karnej form współdziałania przestępnego, w szczególności zaś do instytucji współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego albo sprawstwa polecającego, opisanych w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k.

Wprawdzie polskiemu systemowi prawa karnego znane są ponadto dwie postaci niesprawczego współdziałania, tj. podżeganie i pomocnictwo, sprecyzowane w art. 18 § 2 i 3 K.k., w przeciwieństwie jednak do sprawczych form współuczestnictwa przestępnego zarówno nakłanianie innej osoby do dokonania czynu zabronionego, jak i ułatwianie popełnienia przez inną osobę czynu zabronionego są karnoprawnie relewantne tylko wówczas, gdy sprawca dopuszcza się tych zachowań umyślnie, jako że ich ustawowa formuła wyklucza normatywny byt nieumyślnego podżegania i pomocnictwa. Okoliczność ta ma zasadnicze znaczenie z punktu widzenia rozpatrywania odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za negatywne następstwa dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w wyniku niewłaściwego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wszakże – jak już podnoszono w niniejszej pracy – w założeniu przedstawiciele personelu medycznego nie działają w zamiarze naruszania dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia pacjenta ani narażania ich na niebezpieczeństwo, lecz w celu ich ochrony, w szczególności poprzez wdrażanie czynności służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Do wadliwego zaś udzielenia świadczenia zdrowotnego dochodzi zasadniczo na skutek niedochowania należytej ostrożności w obchodzeniu się z tymi dobrami, któremu może towarzyszyć co najwyżej albo nieświadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego, choć od danego pracownika medycznego można takiej świadomości oczekiwać, albo przewidywanie możliwości popełnienia czynu zabronionego, niepołączone z jakimkolwiek przejawem umyślności[471]. Zamiar jest zatem we wskazanych okolicznościach pojęciowo

[471] W tym tonie: J. Sawicki, *Błąd* …, 1965, s. 86 i n. oraz 181-182; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 42 i n., 65 i n. oraz 94 i n.; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 30 i 84; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 85 i n. oraz 98 i n.; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 229 i n.; R. Augustyn, *Zarys* …, 2010, s. 21 oraz 37 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 24 i 49.

wykluczony, wystąpienie bowiem po stronie potencjalnego sprawcy nastawienia charakterystycznego dla umyślności, tj. woli albo chociażby godzenia się na spowodowanie przestępnego skutku zaprzecza istocie tzw. „błędu medycznego", a co za tym idzie – wyłącza możliwość dokonania oceny czynu w tychże kategoriach[472].

Rzecz jasna, nie można wykluczyć wystąpienia sytuacji, w której pracownik medyczny swoim zachowaniem zrealizuje znamiona czynu charakteryzującego się umyślnością, jednak z uwagi na fakt, że w ramach niniejszej pracy analizie poddawane są przypadki pod tym względem typowe, na jej potrzeby przyjmuje się, że osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych działa w celu ratowania dóbr prawnych, jakimi są życie i zdrowie pacjenta, nie zaś z zamiarem narażenia ich na niebezpieczeństwo bądź naruszenia, a ewentualne negatywne skutki dla życia i pacjenta, powstałe w miejsce lub obok zamierzonego stanu rzeczy, nie są przez nią objęte umyślnością. Mając w centrum uwagi wskazane założenie, a przy tym przekonanie o słuszności prezentowanego w literaturze poglądu, wedle którego odmiany sprawczego współdziałania znajdują zastosowanie nie tylko do typów umyślnych, lecz także do czynów charakteryzujących się nieumyślnością[473], dalsze rozważania – w zakresie, w jakim odnoszą się do karnoprawnie relewantnych form współdziałania przestępnego – zawężone są do omówienia konstrukcji współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego. Tym samym problematykę podżegania oraz pomocnictwa pozostawia się na marginesie analizy postaci współdziałania przestępnego mogących urzeczywistnić się w ramach prac zespołu medycznego. Z tych samych względów poza zakres niniejszej pracy wyłącza się również zagadnienie form stadialnych czynu zabronionego popełnionego w warunkach współdziałania.

---

[472] Zob. szerzej – w zakresie relacji pojęcia błędu medycznego do normatywnego terminu błędu funkcjonującego na gruncie ustawy karnej: A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 23-24; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 461; Zob. też: W. Wolter, *Funkcja błędu w prawie karnym*, Warszawa 1965; Z. Ćwiąkalski, *Błąd co do bezprawności czynu w polskim prawie karnym. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków 1991; Ł. Pohl, *Błąd co do okoliczności stanowiącej znamię czynu zabronionego w polskim prawie karnym. Zagadnienia ogólne*, Poznań 2013; M. Małecki, *Usprawiedliwiony błąd co do okoliczności stanowiącej znamię czynu zabronionego w świetle nowelizacji art. 28 § 1 K.k.*, CzPKiNP 2015, Nr 1, s. 23 i n.

[473] W tym tonie: A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 175, 178 i 180; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 323, 328 i 330; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 161, 164 i 169; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 309, 331 i 340-341; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261, 263, 265 i 266; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228, 232 i 234; Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 158, 160 i 164; A. Liszewska, *Komentarz do art. 18 K.k.* [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks Karny. Komentarz – wydanie elektroniczne*, Legalis 2018, teza 32, 34-37 oraz 52 i 72; Szczegółowy przegląd literatury przedmiotu przedstawiony jest w dalszych fragmentach niniejszej pracy; Zob. też: post. SN z dnia 11 stycznia 2017 r., IV KK 285/16, LEX Nr 2254801; Odmiennie: G. Rejman, *Odpowiedzialność karna personelu* …, 1983, s. 56.

Nieco wyprzedzając dalsze rozważania, szerzej poświęcone wskazanej problematyce, tytułem wprowadzenia warto nadmienić, że o zgodności zachowań podejmowanych w procesie udzielania świadczeń medycznych z normatywną określonością jednej z form sprawczego współdziałania, jurydycznie scharakteryzowanych w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., przesądzają okoliczności konkretnego przypadku, w omawianym kontekście – w szczególności specyfika podziału i organizacji pracy w danym zespole medycznym.

Na karnoprawną ocenę rzutować może po pierwsze czas, w którym poszczególni współuczestnicy zdarzenia działają albo odstępują od aktywności. Od ustalenia bowiem, czy pracownicy medyczni podejmują zachowania jednocześnie bądź w odpowiedniej sekwencji czasowej, zależeć może chociażby to, czy określone czynności składające się na udzielanie świadczenia zdrowotnego wpisują się w ramy „wspólnego wykonania czynu zabronionego" w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 2 K.k. albo „kierowania wykonaniem czynu zabronionego" w znaczeniu nadanym mu przepisem art. 18 § 1 zd. 3 K.k., dla których to zachowań wymagana jest ich koincydencja czasowa.

Po drugie, istotnym jest rodzaj osobistych powiązań zachodzących w danej zbiorowości. Z tej perspektywy karnoprawna sytuacja uczestnika zdarzenia przestępnego uzależniona jest od rodzaju i stopnia zaangażowania w pracę zespołu, a dokładniej od tego, czy osoba taka działa „wspólnie i w porozumieniu" z innymi członkami grupy, na zasadach zbliżonych do stosunków charakterystycznych dla struktury spłaszczonej współdziałania (np. członek konsylium lekarzy różnych specjalności, wspólnie podejmujących decyzję co do sposobu prowadzenia pacjenta), czy też „kieruje" wykonaniem zadań przez podległy mu personel, organizując ów proces i bezpośrednio czuwając nad jego przebiegiem (np. kierownik jednostki będący operatorem w ramach wykonywanego zespołowo zabiegu), czy może z kolei „poleca" podwładnym wykonanie określonych czynności, nie wnikając jednak w przebieg całego procesu (np. ordynator wytyczający kierunek działań leczniczych, powierzający przeprowadzenie zabiegu, za którego wykonanie bezpośrednio odpowiadają podlegli mu pracownicy)[474].

Trzeci obszar dociekań sprowadzić można do pytania o to, czy koncepcja zastosowania w danym przypadku klinicznym określonych środków i metod leczenia wdrażana jest w życie przez podmiot, który jest jej autorem, czy też do wykonania

[474] A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 454-455.

wybranej procedury medycznej zaangażowany jest inny uczestnik zdarzenia. Inaczej należy bowiem ocenić przypadek, w którym zespół osób najpierw podejmuje decyzję co do sposobu postępowania medycznego, a następnie decyzję tę wdraża poprzez podjęcie się wykonania wcześniej uzgodnionych czynności medycznych (np. zespół wyznaczony do zoperowania pacjenta naradza się w przedmiocie planowanego zabiegu, aby następnie wprowadzić w życie osiągnięte na tej drodze porozumienie). Odmiennie natomiast kształtuje się karnoprawna sytuacja członków zespołu, z których część jedynie podejmuje decyzję co do kierunku leczenia, część zaś wyłącznie wykonuje zaplanowaną przez innych członków zespołu procedurę medyczną (np. spośród pracowników danego oddziału – jeden lekarz diagnozuje pacjenta, inny zaś wdraża na tej podstawie postępowanie terapeutyczne).

Czwartym aspektem współdziałania w zespole medycznym – wartym zasygnalizowania w tej części niniejszej pracy – jest zgodność między stanem faktycznym wyobrażonym w procesie decyzyjnym, a jego urzeczywistnieniem. O możliwości przypisania dwóm albo więcej osobom przestępnego skutku jako ich wspólnego dzieła może bowiem decydować fakt, na ile podejmowane w zespole medycznym zachowania są zgodne z wcześniej podjętym „porozumieniem", wskazówkami co do przebiegu zdarzenia, udzielanymi przez podmiot, który nim „kieruje" albo treścią otrzymanego „polecenia". Wszakże w przypadku ekscesu współdziałającego kwalifikacja prawna zachowań poszczególnych uczestników zdarzenia może ulec modyfikacji, jako że uczynienie mniej albo więcej niż to, na co się umawiano, może wyłączać zastosowanie konstrukcji określonych w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., a w zamian – aktualizować konieczność rozważenia figury jednosprawstwa. To z kolei rzutuje na możliwość przypisania skutku spowodowanego w warunkach ekscesu jednego ze współdziałających jako ich wspólnego dzieła.

Oczywiście w procesie karnoprawnego wartościowania konkretnego układu okoliczności faktycznych nie można wykluczyć zidentyfikowania jeszcze innych relacji zachodzących w zespole zachowań podejmowanych przez dwie albo więcej osób, mogących rzutować na karnoprawną sytuację poszczególnych uczestników zdarzenia, które to powiązania można mnożyć w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Dodać do tego należy również, poza uwarunkowaniami faktycznymi, zależności o podłożu ściśle jurydycznym, w szczególności zaś normatywne wymogi w obszarze przypisania czynu, co w konsekwencji skłania do przekonania, że zasygnalizowane problemy zasługują

na szczegółowe omówienie, w dalszych fragmentach niniejszej pracy, zaś wyjaśnienie ich warto poprzedzić dogmatyczną analizą istoty poszczególnych form sprawczego współdziałania.

2. Istota sprawczego współdziałania

2.1. Normatywna formuła sprawstwa rozszerzonego

Jako że problematyka współdziałania przestępnego została obszernie opracowana w literaturze karnistycznej[475], już na wstępie tej części rozważań wypada zaznaczyć,

[475] Zob. w szczególności (wyliczenie w porządku alfabetycznym): I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1986, s. 217-222; tenże, *Sprawstwo według polskiego prawa karnego*, SP 1988, Nr 1-2, s. 125-143; T. Bojarski, *Z problematyki współdziałania przestępnego* [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora T. Kaczmarka*, Kraków 2006, s. 85-96; M. Bryła, *Sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające*, Prok. i Pr. 2000, Nr 1, s. 69-83; K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 122-132; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 292-322; M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 372-376; W. Cieślak, *Kierowanie wykonaniem czynu zabronionego jako istota sprawstwa kierowniczego*, PiP 1992, Nr 7, s. 66-74; M. Czyżak, *Sprawstwo polecające w zorganizowanej strukturze przestępczej*, Prok. i Pr. 2004, Nr 6, s. 30-45; R. Dębski, *Jeszcze o tzw. sprawstwie niewykonawczym (kierowniczym i polecającym) w kodeksie karnym z 1997 r.* [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo* …, 2006, s. 135-153; tenże, *O teoretycznych podstawach regulacji współdziałania przestępnego w kodeksie karnym z 1997 r.*, SPE 1998, Nr 58, s. 105-127; tenże, *Współdziałanie przy przestępstwie indywidualnym w ujęciu nowego kodeksu karnego*, PiP 2002, Nr 6, s. 13-26; T. Florek, *Czy „sprawstwo kierownicze" stanowi okoliczność kwalifikującą?*, PiP 1974, Nr 3, s. 88-95; L. Gardocki, *Prawo* …, 2015, s. 96-99; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 154-169; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 269-300; tenże, *„Sprawstwo" polecające – między kierowaniem czynem zabronionym a nakłanianiem do jego popełnienia* [w:] V. Konarska-Wrzosek, J. Lachowski i in. (red.), *Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi*, Warszawa 2010, s. 63-82; A. Gubiński, *Zasady prawa karnego*, Warszawa 1980, s. 216-245; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 227-238; P. Kardas, *Istota współsprawstwa w polskim prawie karnym. Uwagi na marginesie trzech orzeczeń Sądu Najwyższego*, Prok. i Pr. 2005, Nr 12, s. 7-43; tenże, *Kilka uwag o sposobach rozstrzygania sporów dotyczących sprawczego współdziałania w popełnieniu przestępstwa indywidualnego* [w:] J. Giezek, D. Gruszecka i in. (red.), *Księga Jubileuszowa Profesora Tomasza Kaczmarka*, Wrocław 2017, s. 191-231; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 286-385; tenże, *Problem zbiegu przepisów ustawy karnej a różne postaci współdziałania*, Prok. i Pr. 2005, Nr 7-8, s. 88-124; tenże, *Regulacja współdziałania przestępnego jako podstawa zwalczania przestępczości zorganizowanej*, Prok. i Pr. 2002, Nr 10, s. 64-89; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 874-1103; tenże, *Sprawstwo kierownicze i polecające – wykonawcze czy niewykonawcze postaci sprawstwa?*, PS 2006, Nr 5, s. 75-106; tenże, *Teoretyczne podstawy odpowiedzialności karnej za przestępne współdziałanie*, Kraków 2001; M. Klepner, *Sprawstwo polecające*, Prok. i Pr. 2002, Nr 1, s. 65-85; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132-144; M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 674-719; ciż, *Prawo* …, 2015, s. 224-234; M. Kulik, *Formy zjawiskowe popełnienia przestępstwa w polskim prawie karnym*, AUMCS – Sectio G 2013, Nr 2, s. 127-143; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 67-72; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 315-330; A. Liszewska, *Współdziałanie przestępne w polskim prawie karnym. Analiza dogmatyczna*, Łódź 2004; M. Marciniak, *Sprawstwo kierownicze i inne szczególne postacie sprawstwa w polskim prawie karnym*, Opole 2016; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 70-73; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 203-208; W. Mącior, *Formy popełnienia przestępstwa w projekcie kodeksu karnego z 1995*, PiP 1996, Nr 7, s. 74-82; tenże, *Odpowiedzialność karna za przestępne współdziałanie*, PiP 1977, Nr 4, s. 58-69; tenże, *Postacie zjawiskowe przestępstwa w ujęciu kodeksu karnego PRL z 1969 r.*, PiP 1971, Nr 11, s. 750-764; A. Michalska-Warias, *Sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające jako środki zwalczania zorganizowanych form przestępczości* [w:] L. Leszczyński, E. Skrętowicz, Z. Hołda (red.),

że celem niniejszego podrozdziału nie jest reprodukcja bogatego materiału doktrynalnego, lecz zarysowanie tła dla przybliżenia problematyki przestępnego współdziałania w zespole medycznym. Toteż analiza dokonywana w jego ramach podporządkowana jest podjętej w niniejszej pracy próbie transponowania dorobku nauki prawa karnego na grunt spraw medycznych – rozumianych jako przypadki nieumyślnego urzeczywistniania znamion czynów zabronionych skierowanych przeciwko życiu lub zdrowiu, znamiennych tego rodzaju skutkiem – realizowanych w jednej z form sprawczego współdziałania, a przy tym w specyficznych warunkach, jakie stwarza proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Przyjęta optyka badawcza skłania w konsekwencji do posiłkowania się – w pozostałym zakresie – odesłaniami do stosownych pozycji piśmiennictwa lub judykatury.

Jak już sygnalizowano w niniejszym rozdziale, zgodnie z art. 18 § 1 zd. 1 K.k. sprawcą jest ten, kto wykonuje czyn zabroniony sam, co wskazuje na konieczność samodzielnego i niejako własnoręcznego wypełnienia przez zachowanie pojedynczej

---

W kręgu teorii i praktyki prawa karnego. Księga poświęcona pamięci Profesora Andrzeja Wąska, Lublin 2005, s. 569-580; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks* …, 1977, s. 62-67; Ł. Pohl, *Pomocnictwo a inne formy zjawiskowe czynu zabronionego (kryteria różnicujące)*, Prok. i Pr. 2001, Nr 6, s. 27-36; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 150-165; H. Popławski, *Problematyka współsprawstwa przy przestępstwach nieumyślnych*, Pal. 1987, Nr 1, s. 50-61; W. Sieracki, *Istota sprawstwa kierowniczego (art. 16 k.k.) w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego i wypowiedzi doktrynalnych*, WPP 1993, Nr 3-4, s. 37-43; tenże, *Sprawstwo kierownicze na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego (Kilka uwag dotyczących art. 16 k.k. – zdanie końcowe)*, WPP 1977, Nr 4, s. 478-486; A. N. Prebisz, *Odgraniczenie sprawstwa kierowniczego od współdziałania przestępnego*, Prok. i Pr. 2003, Nr 1, s. 59-83; W. Radomski, K. Urbanek, *Sprawstwo kierownicze w rozboju kwalifikowanym*, Pal. 1975, Nr 11, s. 36-47; G. Rejman, *Zasady odpowiedzialności karnej. Komentarz do art. 8-31 K.k.*, Warszawa 2009, s. 311-365; A. Spotowski, *Próba rozgraniczenia form zjawiskowych przestępstwa w nowym K.k.*, Pal. 1972, Nr 2, s. 43-51; tenże, *Sprawstwo kierownicze*, SP 1988, Nr 1-2, s. 185-199; S. Stomma, *Współdziałanie przed dokonaniem przestępstwa*, Warszawa 1975; B. Sygit, *„Sprawstwo kierownicze" w poglądach doktryny i orzecznictwie Sądu Najwyższego*, PP 1978, Nr 7, s. 21-35; M. Szczepaniec, *Sprawstwo polecające a sprawstwo kierownicze – problemy z rozgraniczeniem*, Pal. 2007, Nr 11-12, s. 70-84; J. Szwacha, *Z problematyki współdziałania przestępnego*, NP 1970, Nr 12, s. 1725-1737; J. Śliwowski, *Prawo karne*, Warszawa 1979, s. 78-80; W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1978, s. 221-228; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 90-96; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 155-160; tenże, *Problemy współdziałania przestępnego „de lege ferenda"*, Pal. 1990, Nr 1, s. 50-61; tenże, *Współdziałanie przestępne i główne pojęcia z nim związane w polskim prawie karnym*, Poznań 1964; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 445-451; A. Wąsek, *Kodeks* …, 1999, s. 230-262; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 226-258; tenże, *Współsprawstwo w polskim prawie karnym*, Warszawa 1977; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks …, 2018, s. 186-195; W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 91-95; tenże, *Nauka o przestępstwie* …, 1973, s. 294-302; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 250-284; A. Zoll, *Glosa do wyroku SN z dnia 25 czerwca 2008 r., IV KK 39/08*, OSP 2009, Nr 3, s. 165-173; tenże [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 168-188; tenże, *Odpowiedzialność kierującego wykonaniem przez inną osobę czynu zabronionego*, PiP 1970, Nr 7, s. 57-63; tenże, *Odpowiedzialność za przygotowanie lub usiłowanie przestępstwa w przypadku współdziałania wielu osób* [w:] Z. Ćwiąkalski, M. Szewczyk i in. (red.), *Problemy odpowiedzialności karnej. Księga ku czci profesora Kazimierza Buchały*, Kraków 1994, s. 323-334; tenże, *Podstawy teoretyczne regulacji współdziałania przestępnego w projekcie kodeksu karnego*, PiP 1995, Nr 6, s. 31-41; tenże, *Sprawstwo bez wykonania czynu zabronionego*, RPEiS 2009, Nr 2, s. 175-183.

osoby wszystkich znamion czynu zabronionego, określonych w przepisie typizującym[476]. Niemniej wyrażona w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. konstrukcja sprawczego współdziałania, w jej trzech odmianach, umożliwia przypisanie sprawstwa nie tylko sprawcy pojedynczemu, ale także i osobie, która „wykonuje czyn zabroniony wspólnie i w porozumieniu z inną osobą", „kieruje wykonaniem czynu zabronionego przez inną osobę" albo „wykorzystując uzależnienie innej osoby od siebie, poleca jej wykonanie takiego czynu". A zatem, poza samoistnym wypełnieniem znamion czynu zabronionego określonego typu rodzajowego (sprawstwo pojedyncze), ustawa karna przewiduje – ujmując problem w pewnym uproszczeniu[477] – trzy karnoprawnie relewantne sposoby ich realizacji, a mianowicie urzeczywistnienie ich: wspólnie i w porozumieniu z inną osobą (współsprawstwo), poprzez kierowanie zachowaniem innej osoby (sprawstwo kierownicze) albo poprzez wydanie polecenia osobie od siebie uzależnionej (sprawstwo polecające)[478]. Tym samym przepis art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. należy odczytywać jako – konieczną na gruncie restryktywnego rozumienia sprawstwa, a takie ujęcie przyjmuje się w niniejszej pracy – podstawę do poszerzenia zakresu odpowiedzialności karnej o sytuacje, w których zachowanie współuczestniczącego w zdarzeniu przestępnym – oceniane samodzielnienie – nie realizuje kompletu znamion czynu zabronionego, wysłowionego w przepisie typizującym zawartym w części szczególnej Kodeksu karnego albo w tzw. ustawie dodatkowej, w formie właściwej dla sprawstwa pojedynczego[479].

---

[476] A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 7; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 294 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 944 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 31 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258 i n.; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 272.

[477] Problem ujęty jest w uproszczeniu adekwatnym do szczegółowości rozważań prezentowanych na tym etapie niniejszej pracy. Pogłębiona analiza konstytutywnych elementów poszczególnych form sprawczego współdziałania, w szczególności zaś kwestii wykonania czynu zabronionego przez kierowanego i przyjmującego polecenie, przedstawiona jest w kolejnych jej podrozdziałach.

[478] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 295-296; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 257-258.

[479] Funkcję rozszerzającą art. 18 § 1 K.k. (wcześniej art. 16 d.K.k.) akcentuje się w samych uzasadnieniach do wprowadzanych kolejno ustaw karnych – Zob. I. Fredrich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak (opr.), *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami*, Warszawa 1997, s. 126 i n.; Tak w literaturze: R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 122; tenże, *Jeszcze o tzw. sprawstwie* ... [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…, 2006, s. 136 i 145; M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 69; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 436 i n., 446 i n., 491 i n. oraz 519 i n.; tenże, *Przypisanie skutku przy przestępnym współdziałaniu*, KPP 2004, Nr 4, s. 85 i n. oraz 105 i n.; tenże, *Problem* …, 2005, s. 107-108 i 117-118; tenże, *Sprawstwo* …, 2006, s. 87 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 286-287, 297, 304, 324 i 334; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 938 i n.; P. Palka, *Glosa do postanowienia SN z dnia 20 kwietnia 2004 r. V KK 351/03*, PS 2005, Nr 7-8, s. 259 i n.; M. Kulik, *Formy* …, 2013, s. 127 i n.; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 92; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 14 i 16, 44 oraz 63; Tak w orzecznictwie: post. SN z dnia

Ma to fundamentalne znaczenie z perspektywy – posiadającej rangę konstytucyjną[480] – wyrażonej maksymą *nullum crimen sine lege* podstawowej zasady prawa karnego, wedle której – stosownie do art. 1 § 1 K.k. w zw. z art. 115 § 1 K.k. – odpowiedzialności karnej podlega tylko ten, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, a więc wyłącznie osoba, która dopuszcza się zachowania o znamionach określonych w obowiązującej w danym momencie ustawie karnej[481]. Poza bowiem nielicznymi wyjątkami czynów zabronionych

2 marca 2006 r., II KK 7/06, LEX Nr 196995; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160; wyr. SA w Gdańsku z dnia 24 maja 2012 r., II AKa 63/12, LEX Nr 1236140; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 24 maja 2012 r., II AKa 129/12, LEX Nr 1238621; wyr. SA w Gdańsku z dnia 10 grudnia 2013 r., II AKa 405/13, LEX Nr 1419006; wyr. SA w Gdańsku z dnia 27 sierpnia 2014 r., II AKa 211/14, LEX Nr 1785764; wyr. SA w Gdańsku z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 222/17, Legalis Nr 1714252; wyr. SA w Gdańsku z dnia 28 grudnia 2017 r., II AKa 398/17, LEX Nr 2511454; wyr. SA w Warszawie z dnia 22 maja 2019 r., II AKa 111/19, LEX Nr 2689775; W tym tonie również: post. SN z dnia 17 września 2014 r., V KK 204/14, LEX Nr 1537573 oraz wyr. SA w Krakowie z dnia 15 stycznia 2003 r., II AKa 353/02, LEX Nr 78603; wyr. SA w Lublinie z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 91/08, LEX Nr 453973; wyr. SA w Lublinie z dnia 26 lipca 2012 r., II AKa 158/12, LEX Nr 1213856; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 27 czerwca 2013 r., II AKa 177/13, LEX Nr 1356729; wyr. SA w Lublinie z dnia 29 września 2015 r., II AKa 199/15, Legalis Nr 1378457 – w zakresie w jakim wskazuje się na porozumienie jako element rozszerzający zakres odpowiedzialności karnej współsprawcy poza granice tego, co sam uczynił; Por. A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 169 i 170; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 257 – w których to opracowaniach autorzy zdają się prezentować odmienne stanowisko, jako że wychodzą z założenia o oparciu regulacji art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. na szerokim rozumieniu sprawstwa, charakterystycznym dla koncepcji *Einheitstätersystem*, z czego można wnioskować, że w konsekwencji traktują oni przywołany przepis jako podstawę do zawężenia odpowiedzialności karnej, nie zaś rozszerzenia; Słusznie podnosi bowiem w tym kontekście P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 106-107, że „problem oceny czy stworzenie ustawowych podstaw do odpowiedzialności za formy niesprawcze stanowi w rzeczywistości rozszerzenie czy też ograniczenie zakresu odpowiedzialności karnej, związany jest z punktem odniesienia", jako że, gdy wychodzi się z szerokiego pojęcia sprawstwa, to przepisy określające zasady odpowiedzialności za szczególne postaci sprawstwa albo formy niesprawcze uznać należy za ograniczenie zakresu odpowiedzialności, przyjmując zaś za punkt wyjścia wąskie rozumienie pojęcia sprawcy – za rozszerzenie zakresu odpowiedzialności; Na kwestię tę uwagę zwracają także: A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 17-18; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 11 i 13; Odrębną kwestią – aczkolwiek wartą zaznaczenia – pozostaje to, że choć „w przypadku współsprawstwa równoległego (wielosprawstwa) zachowanie każdego ze współdziałających stanowi samoistne wypełnienie znamion czynu zabronionego i może prowadzić do odpowiedzialności karnej za sprawstwo pojedyncze", to nie można tracić przy tym z pola widzenia, iż jedną z okoliczności charakteryzujących tę postać popełnienia przestępstwa jest porozumienie współdziałających. Ten zaś element podmiotowy sprawia, że „sytuacja ta różni się od tzw. wielosprawstwa koincydentalnego", a „prawidłowa kwalifikacja takich przypadków powinna być oparta na konstrukcji współsprawstwa, której znaczenie postrzegać należy nie tylko na płaszczyźnie poprawności prawnej kwalifikacji, wymagającej uwzględnienia w opisie czynu wszystkich elementów normatywnych charakteryzujących oceniane zachowanie, lecz także na płaszczyźnie materialnej zawartości bezprawia, stanowiącej w pewnych przypadkach podstawę do przyjęcia zwiększonej jego zawartości z uwagi na działanie lub zaniechanie w konfiguracji wieloosobowej, podwyższające stopień społecznej szkodliwości zachowania poszczególnych współdziałających" – Tak: P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 311.

[480] Art. 42 ust. 1 Konstytucji RP.

[481] Zob. szerzej: A. Zoll, *Konstytucyjne aspekty prawa karnego* [w:] T. Bojarski (red.), *SPK. Źródła prawa karnego, t. 2*, Warszawa 2011, s. 221 i n. oraz przywołana tam literatura i orzecznictwo; Zob. też: uchw. SN z dnia 21 października 2003 r., I KZP 11/03, LEX Nr 81317 – zgodnie z którą „Definicja czynu zabronionego (…), zamieszczona w art. 115 § 1 k.k., w żadnym swym fragmencie nie wskazuje na (…)

skonstruowanych na formule tzw. współsprawstwa koniecznego[482] – zakładających nieodzowny udział dwóch albo więcej osób w realizacji znamion czynu tego typu – ustawowe opisy czynów zabronionych nastawione są zasadniczo na indywidualne zachowanie pojedynczej osoby (np. nieumyślne spowodowanie śmierci, spowodowanie ciężkiego, średniego albo lekkiego uszkodzenia ciała, narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Brak więc normatywnej podstawy dla rozszerzenia zakresu znaczeniowego pojęcia sprawstwa – będącej w istocie pełniącą funkcję legitymującą normatywną przesłanką przypisania skutku w przypadku przestępstw materialnych – musiałby prowadzić do trudnego do zaakceptowania z punktu widzenia kryminalnopolitycznych potrzeb karania wniosku, że odpowiedzialność karna ogranicza się wyłącznie do odpowiedzialności sprawcy pojedynczego albo ewentualnie obejmuje tych tylko spośród współuczestniczących w zdarzeniu przestępnym, którzy swoim własnym zachowaniem realizują kompletny zespół ustawowych znamion czynu zabronionego określonego typu, zaś w przypadku, gdy żaden ze współdziałających samodzielnie go nie wypełnia, niemożliwym jest przypisanie odpowiedzialności karnej któremukolwiek z nich[483].

Zdaje się nie wymagać szczególnej obrony pogląd, zgodnie z którym „dokonanie takiego spolaryzowanego wartościowania każdego z zachowań współuczestniczących z osobna nie jest właściwe, razi wręcz sztucznością”[484]. Niejednokrotnie zachodzą przecież takie konfiguracje osobowe w popełnieniu aktu przestępnego, w ramach których zachowania każdego z jego uczestników realizują jedynie część, lecz nie wszystkie znamiona stanowiącego podstawę wartościowania typu czynu zabronionego albo wręcz brak jest zgodności między zachowaniami niektórych ze współdziałających a zawartą w przepisie typizującym charakterystyką przestępstwa, zarazem jednak działania

wąską interpretację. W szczególności sformułowanie, że chodzi o zachowanie «o znamionach określonych w ustawie karnej» obejmuje swoim zakresem również część ogólną Kodeksu karnego”.

[482] Zob. szerzej: A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 154-164; M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 375-376; K. Stępień, *Zgwałcenie wspólnie z inną osobą (art. 197 § 3 K.k.) – współsprawstwo konieczne*, Prok. i Pr. 1999, Nr 10, s. 60 i n.; P. Palka, *Współdziałanie przy przestępstwach seksualnych – zagadnienia wybrane*, Prok. i Pr. 2006, Nr 7-8, s. 177 i n.

[483] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 30-31; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 287; Zob. też: L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 114-115; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 91-92; A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 18; M. Mącior, *Formy* …, 1996, s. 74; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 13; R. Dębski, *Jeszcze o tzw. sprawstwie* ... [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…, 2006, s. 136; P. Kardas, *Sprawstwo* …, 2006, s. 87 i n. – w zakresie, w jakim wskazani autorzy podkreślają, na gruncie restryktywnie rozumianego sprawstwa, konieczność istnienia normatywnej podstawy dla rozszerzenia zakresu odpowiedzialności karnej poza przypadki sprawstwa pojedynczego, czyli samodzielnego i własnoręcznego wykonania czynu zabronionego.

[484] P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 883.

lub zaniechania poszczególnych osób pozostają w szczególnej relacji, tak iż wzajemnie się dopełniają, stanowiąc w istocie fragmenty większej całości[485]. Taki układ okoliczności faktycznych jest znamienny – a wręcz jest stanem rzeczy nieodzownym – dla systemu pracy zespołowej, z koniecznym w jego ramach podziałem zadań, gdzie dopiero łączna ocena zachowań członków zespołu pozwala na uwzględnienie wszystkich istotnych i jednocześnie niezbędnych – z punktu widzenia wykonywanej zespołowo pracy – elementów, dając pełny i rzeczywisty obraz zdarzenia. Charakterystyka zdarzenia, urzeczywistnionego poprzez czyny dwóch albo więcej osób pracujących w zespole, przesądza bowiem o tym, że – w szczególności z uwagi na specyficzne więzi między tymi jednostkowymi aktywnościami (np. wspólna realizacja zadania niewykonalnego jednoosobowo, kierowanie pracą innych osób, wykonywanie poleceń służbowych) – dany kompleks zachowań stanowi jedną, nierozerwalną i niepodzielną całość, choć składającą się z mniejszych fragmentów. Dokonywanie zaś w takich przypadkach jednostkowych ocen, kilku odrębnych wartościowań, niejako poprzez wyizolowywanie zachowań poszczególnych pracowników z pewnej całości, jaką jest wspólne wykonywanie obowiązków zawodowych – nie przystawałoby do realiów życia społecznego.

Toteż bez wątpienia niezbędne jest funkcjonowanie w polskiej ustawie karnej przesłanek umożliwiających łączną ocenę wszystkich wzajemnie uzupełniających się zachowań współdziałających i pozwalających zarazem na uznanie, że wartościowane jako całość stanowią – po spełnieniu owych przesłanek – realizację kompletu znamion czynu zabronionego, choć nie można przydać owej realizacji przymiotu samodzielnego lub własnoręcznego wykonania czynu zabronionego, opisanego w przepisie typizującym zawartym w części szczególnej Kodeksu karnego albo w tzw. ustawie dodatkowej[486].

[485] Zob. szerzej: P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 881-886.

[486] W tym kontekście nie sposób nie odnotować za P. Kardasem, że wśród konfiguracji osobowych w popełnieniu aktu przestępnego wyróżnić można taką sytuację, w ramach której zachowanie jednego ze współuczestników zdarzenia samoistnie urzeczywistnia wszystkie znamiona czynu zabronionego, podczas gdy zachowania pozostałych współdziałających nie stanowią nawet częściowej realizacji znamion określonych we wzorcu normatywnym, niemniej pozostają zarazem w specyficznej więzi z zachowaniem owej osoby samodzielnie realizującej komplet znamion, „są wobec niego subsydiarne, w sposób szczególny zachowaniu centralnemu podporządkowane, względem niego uzupełniające": albo z tego względu, że „poprzedzając je na osi czasu, stanowią czynnik inicjujący lub wspierający zachowanie postaci centralnej, albo z tego powodu, że objawiając się w czasie zachowania postaci centralnej, w jakimś co najmniej sensie wpływają na jego kształt i przebieg" – Tak: P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 326; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 885. Bliższe jednak omówienie problematyki przypisania odpowiedzialności karnej we wskazanych układach sytuacyjnych wykraczałoby poza ramy opracowania, jako że oznaczałoby opuszczenie płaszczyzny sprawczych form współdziałania i wkroczenie na grunt podżegania i pomocnictwa.

Należy przy tym jednocześnie podkreślić, że wprawdzie ustawa karna w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. wprowadza trzy odmiany sprawstwa poszerzonego, a ponadto w art. 18 § 2 i 3 K.k. dwie instytucje niesprawczego współdziałania, niemniej wskazany zabieg legislacyjny akcentuje zarazem zasadę *numerus clausus* form współudziału przestępnego, jako że z uwagi na zdefiniowany w ustawie karnej zamknięty ich katalog, wykluczone jest przypisanie odpowiedzialności za te przypadki karygodnego przyczynienia się do popełnienia przestępstwa, które nie odpowiadają żadnej z ustawowo określonych form wypełnienia znamion czynu zabronionego[487]. Na gruncie omawianej problematyki oznaczać to musi, że nie każdy udział w wykonywaniu świadczenia zdrowotnego może zostać zakwalifikowany jako karnoprawnie relewantna forma przestępnego współdziałania. Analiza konkretnego układu okoliczności faktycznych może bowiem prowadzić do wniosku, że – w obliczu niespełnienia przesłanek ujętych w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. – zastosowanie znaleźć powinna co najwyżej formuła sprawstwa równoległego (koincydencji kilku bądź wielu jednosprawstw).

W kontekście problematyki istoty sprawstwa rozszerzonego warto zwrócić uwagę jeszcze na jedną kwestię. Otóż istnienie w ustawie karnej przesłanek pozwalających na łączną ocenę wszystkich wzajemnie uzupełniających się zachowań współdziałających – a tym samym umożliwiających uznanie, że wartościowane jako całość mogą stanowić realizację kompletu znamion czynu zabronionego, choć nie są samodzielnym lub własnoręcznym wykonaniem czynu zabronionego – rodzi określone konsekwencje. Z jednej strony, w przypadku podstaw do zastosowania którejś z odmian sprawczego współdziałania, odpowiedzialność karna przypisywana jest nie za kilka przestępstw, lecz za jedno, popełnione razem przez dwie albo więcej osób[488]. Każdy zaś ze współdziałających ponosi odpowiedzialność za akt przestępny zrealizowany wspólnie przez kilka osób, a więc za całość jako jego sprawca tak, jak gdyby wykonał go w całości własnoręcznie – innymi słowy – odpowiada również za to, co uczynili pozostali,

[487] Tak: R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 122; B. Kornacki, *Regulacja kodeksowa zjawiskowych form przestępstwa w ocenie prokuratorów i sędziów (analiza wyników badań pilotażowych)*, Prokurator 2010, Nr 3, s. 104; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 677-678; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 287-288, 293 i 297; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 271; Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 153; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 186; Tak też: wyr. SA w Katowicach z dnia 28 czerwca 2001 r., II AKa 180/01, LEX Nr 53203; wyr. SA w Łodzi z dnia 14 marca 2005 r., II AKa 267/04, LEX Nr 178025; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 24 maja 2012 r., II AKa 129/12, LEX Nr 1238621; Odmiennie: wyr. SN z dnia 13 kwietnia 2006 r., IV KK 40/06, LEX Nr 183008, na gruncie którego SN zdaje się aprobować konstrukcję sprawstwa pośredniego.

[488] L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 89 i n.; P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 884.

za zachowania, których autorami są inni współdziałający, a więc także i w tej części, w której znamiona czynu zabronionego wypełnione zostały zachowaniem innego współdziałającego[489]. Z tego też względu współzdziałany czyn co do zasady przypisuje się poszczególnym współsprawcom jako ich wspólne dzieło[490]. Odpowiadają oni zatem nie w zakresie własnej indywidualnej aktywności, ale za objęty porozumieniem rezultat wspólnej działalności. Na wskazanej zasadzie czyn zabroniony urzeczywistniony przez bezpośredniego wykonawcę przypisuje się sprawcy kierowniczemu albo sprawcy polecającemu, przyjmując pewnego rodzaju fikcję prawną jakoby ci ostatni wykonali własnoręcznie przypisywane im dzieło *de facto* autorstwa sprawcy pojedynczego, którym kierowali albo któremu wydali kryminogenne polecenie. Z drugiej natomiast strony, dokonanie czynu zabronionego w formie współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego następuje dopiero w chwili realizacji kompletu znamion, a zatem w momencie, gdy możliwe jest sensowne złożenie zachowań fragmentarycznie urzeczywistniających istotę czynu – w jedną całość, tj. w kompletny zestaw znamion określonego w przepisach części szczególnej Kodeksu karnego albo tzw. przepisach pozakodeksowych czynu zabronionego[491]. Stąd nie można uznać za spełnione znamienia „kieruje wykonaniem" albo „poleca wykonanie" bez wykonania czynu przez bezpośredniego wykonawcę, gdyż realizacja znamion sprawstwa kierowniczego i sprawstwa polecającego nie jest wyznaczana zachowaniami tych tylko osób, które kierują albo polecają i nie kończy się z chwilą wykonania czynności kierowania i wydania polecenia, lecz dopiero z chwilą wypełnienia pozostałych elementów sprawstwa kierowniczego i polecającego, tj. w momencie realizacji znamienia czasownikowego przez osobę, której – odpowiednio – zachowaniem kierowano albo polecono wykonanie takiego czynu[492].

---

[489] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298 i 302; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 89; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 303; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 884; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 273.

[490] P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 943.

[491] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 304; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258 i 267; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 280.

[492] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 304; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 61; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258; P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 943; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 449; Odmiennie: Ł. Pohl, *Obiektywna istota sprawstwa w ujęciu polskiego prawa karnego (uwagi na marginesie lektury pracy P. Kardasa Teoretyczne podstawy odpowiedzialności karnej za przestępne współdziałanie)*, RPEiS 2004, Nr 2, s. 287 i n.

Jak się wydaje, to na co dotąd wskazano w niniejszym podrozdziale, nie budzi wątpliwości, a mianowicie po pierwsze – zasadność funkcjonowania w ustawodawstwie karnym rozwiązania pozwalającego na pociągnięcie do odpowiedzialności nie tylko sprawcy pojedynczego, ale także współdziałających w akcie przestępnym, po drugie – konieczność istnienia ku temu podstawy normatywnej, która na gruncie wąskiego rozumienia sprawstwa rozszerza zakres odpowiedzialności, względnie zawęża go, jeśli wyjdzie się z szerokiego rozumienia sprawstwa, po trzecie zaś – nieprzekraczalność granic odpowiedzialności zakreślonych poprzez zastosowanie wskazanego zabiegu legislacyjnego, niezależnie od przyjętego ujęcia sprawstwa. Niemniej – jako że formuła sprawstwa czynu zabronionego ściśle wiąże się z jego wykonaniem – do wyjaśnienia w tym kontekście pozostaje kwestia znaczenia nadawanemu sformułowaniu „wykonanie czynu zabronionego", która w odniesieniu do sprawstwa rozszerzonego jawi się jako szczególnie problematyczna[493].

2.2. Sprawstwo pojedyncze a sprawcze odmiany współdziałania

2.2.1. Samodzielne wykonanie czynu zabronionego

Wychodząc od podstawowej – najprostszej i najbardziej naturalnej – postaci wykonania czynu zabronionego, jaką jest samodzielne wypełnienie kompletu znamion czynu zabronionego wysłowionego w przepisie zrębowym, warto wyeksponować dwa kluczowe elementy składające się na tę figurę prawną, a mianowicie to, że inkryminowany „wykonuje czyn zabroniony" (aspekt zachowania się sprawcy) oraz fakt, iż realizuje go „sam" (aspekt podmiotu sprawstwa).

W przypadku jednosprawstwa sformułowanie „wykonuje czyn zabroniony" nie budzi wątpliwości – podnoszonych chociażby w odniesieniu do sprawczych form współdziałania, omówienie których stanowi cel kolejnego fragmentu niniejszego podrozdziału – toteż w tym zakresie można od razu przejść do konkluzji, że obecnie w nauce prawa karnego zgodnie przyjmuje się, iż pod wskazanym pojęciem należy rozumieć niejako własnoręczne, fizyczne, rzeczywiste, bezpośrednie, osobiste,

[493] Por. M. Małecki, *Zbiegi i kolizje przypisania skutku* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2016 – w zakresie, w jakim autor podnosi, iż: „Poszukiwanie adekwatnych, jednoznacznych i tworzących zamknięty katalog kryteriów obiektywnej przypisywalności skutku sprowadza się z natury rzeczy do ustalania granic sprawstwa czynu zabronionego pod groźbą kary, tzn. objaśnienia, na czym polega «wykonanie» czynu zabronionego o charakterze skutkowym w rozumieniu art. 18 § 1 K.k.".

nie przez inną osobę, swoim własnym zachowaniem doprowadzenie do wypełnienia wszystkich znamion czynu zabronionego określonych w przepisie typizującym zawartym w części szczególnej Kodeksu karnego albo w tzw. ustawie dodatkowej[494]. Przy czym – mając na uwadze fakt, że termin „wykonanie" jest znaczeniowo szerszy niż „dokonanie"[495] – zastrzec należy, że chodzi, rzecz jasna, o jednosprawstwo rozważane z perspektywy stadium dokonania, bowiem w fazach przeddokonania z założenia komplet znamion typu rodzajowego nie jest urzeczywistniany. Z tego też punktu widzenia prowadzony jest dalszy wywód, jako że – jak już sygnalizowano – zagadnienie form stadialnych pozostawia się poza zakresem niniejszego studium[496].

W kontekście tematu niniejszej pracy warto zwrócić szczególną uwagę na ustawowe określenie, jakim jest – użyte w art. 18 § 1 zd. 1 K.k. – słowo „sam". *Prima facie* wskazane pojęcie – zwłaszcza stosowane w języku potocznym – nie sprawia trudności w zakresie wskazania jego desygnatów. Kwestia ta nie jest jednak już tak oczywista na polu normatywnym, w szczególności na gruncie art. 18 K.k. Gdy przeciwstawi się bowiem sprawstwo indywidualne sprawczemu współdziałaniu w jego trzech odmianach oraz podżeganiu i pomocnictwu, istotnie uwidaczniają się

---

[494] W tym tonie: L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 190; W. Mącior, *Postacie* …, 1971, s. 752; W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 92; tenże, *Nauka o przestępstwie* …, 1973, s. 294; tenże, *Wykład prawa karnego na podstawie kodeksu karnego z 1969 r., Część I. Część ogólna*, Kraków 1979, s. 247-248; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks* …, 1977, s. 63; A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 7; J. Śliwowski, *Prawo* …, 1979, s. 79; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 415; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 123; I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 220; tenże, *Sprawstwo* …, 1988, s. 128-129; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 102; M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 373; A. Gubiński, *Zasady* …, 1996, s. 86; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 171; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 231; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 31 i n.; taż, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 4; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 156; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 272; A. Grześkowiak (red.), *Prawo* …, 2007, s. 139; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 71; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 204; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 679; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 294 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 944 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258-259; L. Gardocki, *Prawo* …, 2015, s. 96; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 227; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 68; Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 154; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 92; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 157; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 446-447; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 186; Odmiennie: S. Śliwiński, *Polskie prawo karne materialne*, Warszawa 1946, s. 324; J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1732-1733.

[495] K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 416; I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 220; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 171; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 231; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 156; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 7; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 186.

[496] Zob. w zakresie odpowiedzialności za postaci stadialne wymienionych w art. 18 K.k. form sprawstwa: P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 807 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 125 i n.

problemy pojawiające się wokół znaczenia, jakie należy mu nadać. Z tej perspektywy mogą zrodzić się wszak wątpliwości, czy uprawnionym jest mówienie o samodzielnym wykonaniu czynu zabronionego w przypadku, gdy w zdarzeniu – w ramach którego dochodzi do wypełnienia przez indywidualną osobę kompletu znamion typu rodzajowego – biorą udział jeszcze inni uczestnicy albo też, gdy pojedyncza osoba dopuszcza się zachowania w pełni zgodnego z normatywnym wzorcem, jednak nie we własnym interesie, a na rzecz innego podmiotu.

A zatem, po pierwsze warto przeanalizować, jak wyrażenie „sam" należy interpretować w sytuacji, gdy do wykonania czynu zabronionego dochodzi w warunkach sprawstwa równoległego (wielosprawstwa koincydentalnego), współsprawstwa (równoległego i dopełniającego), sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego – zwłaszcza w odniesieniu do bezpośredniego wykonawcy, tj. kierowanego i przyjmującego polecenie, jak również w przypadku sprawcy nakłonionego lub takiego, któremu udzielono pomocy. Wszakże we wskazanych konstelacjach osobowych sprawcy nie są wyizolowani w podejmowaniu zachowań prowadzących do wypełnienia kompletu znamion wyartykułowanych w przepisie zrębowym, wręcz przeciwnie – pozostają w określonych zależnościach z innymi współdziałającymi.

W języku potocznym zaimek „sam" – użyty w kontekście takich czasowników, jak „wykonywać", „czynić", „działać", „sprawiać" – oznacza, że to, co zostało wykonane, uczynione, zdziałane, sprawione stanowi wyłączne dzieło sprawcy. Wnioskując *a contrario*, posłużenia się słowem „sam" lub „samodzielnie" nie można uznać za odpowiednie w okolicznościach, gdy dana osoba wykonuje jakąś czynność z kimś, czyni coś współpracując z kimś innym, współdziała z odrębnym podmiotem, nie jest wyłącznym sprawcą określonego stanu rzeczy. W konsekwencji „samodzielne wykonanie czynu" można rozumieć jako działanie (zaniechanie) w sposób, któremu nie można przydać miana „wspólnie z inną osobą". Innymi słowy, jest to sprawienie czegoś jednoosobowo, bez niczyjego udziału, bez pośrednika, nie posługując się inną osobą, nie wykorzystując przy tej czynności innej osoby, niezależnie od innej jednostki, nie korzystając z pomocy odrębnego podmiotu[497].

W tym też tonie – w piśmiennictwie karnistycznym – wypowiada się L. Lernell, którego zdaniem to, że ktoś „wykonuje czyn zabroniony sam" należy interpretować

[497] Por. M. Szymczak (red.), *Słownik języka polskiego, t. 3*, Warszawa 1981, s. 172.

w ten sposób, że w danym układzie sytuacyjnym „tylko on sam podejmuje zachowanie przestępne", „tylko on wypełnia ustawowe znamiona czynu"[498]. Zbliżoną egzegezę przeprowadza L. Gardocki wskazując, że zwrot „wykonuje czyn zabroniony sam" oznacza „działanie pojedynczej osoby"[499]. Podobnie określenie „sam" objaśnia V. Konarska-Wrzosek, podnosząc, że chodzi o wykonanie czynu zabronionego „bez udziału innych osób"[500]. Jako że na gruncie sprawstwa *sensu largo*[501] przedstawiona wykładnia słowa „sam" zdaje się być zbyt wąska, zaś przywołani autorzy nie wyjaśniają, jak – w ich opinii – udział osób współdziałających w akcie przestępnym wpływa na możliwość uznania podmiotu realizującego całość znamion typu za sprawcę pojedynczego[502], wskazanym jest niepoprzestawanie na tak skąpym wyjaśnieniu zasygnalizowanego problemu i sięgnięcie do stanowisk innych przedstawicieli doktryny.

Nieco szerzej w tym zakresie wypowiada się W. Wolter, którego zdaniem – w omawianym kontekście – zaimek „sam" oznacza, że „w wykonaniu nie bierze udziału jakaś druga osoba (współsprawca), co nie jest jednoznaczne z tym, że nie może tu wystąpić jakiś sprawca kierujący przestępstwem albo podżegacz czy pomocnik"[503]. Na aspekt ten zwracają uwagę także kolejni autorzy podkreślający, że kwestia przyjęcia sprawstwa pojedynczego inaczej kształtuje się w okolicznościach, gdy zachodzi współsprawstwo, odmiennie zaś w odniesieniu do przypadków, w których współuczestnictwo w akcie przestępnym sprowadza się do wypełniania ról niezwiązanych z urzeczywistnieniem znamion typu rodzajowego. Przykładowo M. Cieślak wskazuje, że „sprawcą pojedynczym jest ten, kto osobiście wykonuje czyn

[498] L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 190.

[499] L. Gardocki, *Prawo* …, 2015, s. 96.

[500] V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132.

[501] Pojęcie to w niniejszej pracy rozumiane jest zgodnie z poglądem większościowym prezentowanym w doktrynie, wedle którego jego zakres obejmuje sprawstwo, w tym sprawcze odmiany współdziałania oraz niesprawcze postaci współdziałania; Zob. szerzej: L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 99 i n.; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 92; L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 189; W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 91-92; tenże, *Nauka o przestępstwie* …, 1973, s. 294; W. Świda, *Prawo* …, 1978, s. 227; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 415; I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 218 i n.; tenże, *Sprawstwo* …, 1988, s. 127 i n.; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 297-298; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 155 i n.; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 270-271; A. Grześkowiak (red.), *Prawo* …, 2007, s. 138; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 71; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 678; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 186.

[502] V. Konarska-Wrzosek zaznacza jedynie, że „status sprawcy pojedynczego ma także osoba, która została przez kogoś innego nakłoniona, a także ta, której pomagano popełnić czyn zabroniony" – V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132.

[503] W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 92.

zabroniony sam, a więc bez udziału innego osobistego wykonawcy (współsprawcy)”[504]. Również według K. Buchały samodzielne wykonanie należy rozumieć w tym sensie, że podmiot realizuje znamiona czynu zabronionego bez udziału współsprawcy, co oznacza – jak podnosi autor – dopuszczalność wystąpienia obok niego sprawcy kierowniczego, podżegacza lub pomocnika[505].

W nowszej literaturze podobny pogląd prezentuje A. Wąsek, którego zdaniem jednosprawstwo czynu zabronionego zachodzi, gdy podmiot „wykonuje ten czyn sam, a zatem nie we współsprawstwie”, toteż w ramach współdziałania przestępnego obok sprawcy pojedynczego mogą wystąpić sprawca kierowniczy, sprawca polecający, podżegacz lub pomocnik[506]. W ocenie Ł. Pohla „znamię «sam» obejmuje wszelkie przypadki samodzielności w podejmowaniu zachowania, samodzielności pojmowanej jako brak wspólności w podejmowaniu zachowania wraz z inną osobą, wobec braku zawarcia z nią porozumienia co do tego właśnie zachowania”[507]. W późniejszym opracowaniu autor dodaje, że sprawstwo pojedyncze zachodzi także wówczas, gdy ze sprawcą samodzielnie wykonującym czyn zabroniony współdziałają „osoby realizujące znamiona niewykonawczych form współdziałania przestępnego, tj. sprawca kierowniczy, sprawca polecający, podżegacz lub pomocnik”[508]. Tak też wypowiadają się K. Indecki i A. Liszewska, według których dla sprawstwa pojedynczego „konieczne jest, aby wykonawca czynu zabronionego realizował jego znamiona w pojedynkę, a nie wspólnie i w porozumieniu z inną osobą”, stąd przyjęciu jednosprawstwa nie stoi na przeszkodzie „występowanie obok sprawcy podżegacza lub pomocnika albo sprawcy kierowniczego czy polecającego”[509]. Do przytoczonego stanowiska A. Liszewska przychyla się również w późniejszej pracy, czyniąc to w następujących słowach: „Sprawca działa sam także wtedy, gdy został nakłoniony do popełnienia czynu albo udzielono mu pomocy. Obok tej postaci sprawstwa mogą wystąpić także sprawstwo

[504] M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 373.

[505] K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 123; Nieco inaczej kwestia ta jest przedstawiana w opracowaniu K. Buchały i A. Zolla, *Polskie* …, 1997, s. 298. Autorzy zajmują bowiem stanowisko, zgodnie z którym, to iż sprawca „wykonuje przestępstwo sam” należy rozumieć „w tym sensie, że realizuje znamiona typu czynu zabronionego bez współsprawcy lub sprawcy kierowniczego”.

[506] A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 91; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 235; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 231.

[507] Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 28.

[508] Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 154.

[509] K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 231-232.

kierownicze i polecające, z wyłączeniem jednak współsprawstwa”[510]. W kwestii braku znaczenia dla przyjęcia jednosprawstwa tego, że w konkretnym układzie sytuacyjnym oprócz sprawcy pojedynczego biorą udział także sprawca kierowniczy, sprawca polecający, podżegacz lub pomocnik – zgadza się także M. Kulik[511]. Odmiennie – w nowszej literaturze – zdaje się wypowiadać A. Sakowicz wskazujący, że samodzielne wykonywanie czynu zabronionego to inaczej realizacja znamion typu w pojedynkę, „bez współudziału w formie sprawczej innej osoby”[512].

Interesujące wyjaśnienie zasygnalizowanej kwestii prezentują W. Wróbel i A. Zoll. Jak zauważają autorzy, zjawisko sprawstwa pojedynczego można rozpatrywać na dwa sposoby: po pierwsze w tym sensie, że obok jednosprawcy nie występują żadni inni współdziałający, realizujący czy to postaci sprawcze, czy też podżeganie lub pomocnictwo[513]. „W tym znaczeniu użyty w art. 18 § 1 zwrot «wykonuje czyn zabroniony sam» oznaczałby «samotnie»”[514]. Słusznie podnoszą oni jednak, iż możliwe jest także drugie, szersze rozumienie wskazanego zwrotu, eksponujące samodzielność realizacji znamion czynu zabronionego, aczkolwiek nie wykluczające tego, że razem ze sprawcą pojedynczym przestępstwa mogą dopuścić się inne osoby, ze sprawcą głównym współdziałające[515]. W tym znaczeniu sformułowanie „sam” nie oznacza tyle, co „samotnie”, lecz „swoim własnym zachowaniem”, zaś jednosprawcą może być także „osoba, która wykonała czyn zabroniony na skutek wydania polecenia, była do tego podżegana lub której udzielono do tego pomocy”[516]. Niemniej, jak zaznaczają autorzy, samodzielne wykonanie czynu zabronionego nie obejmuje już przypadków zachodzących w warunkach współsprawstwa równoległego[517].

Przechodząc do zajęcia własnego stanowiska na wstępie podkreślić wypada, że „samodzielne wykonanie czynu zabronionego” nie musi oznaczać, iż oprócz osoby sprawcy pojedynczego w akcie przestępnym nie może brać udziału inny współdziałający. Przyjęcie bowiem, że sformułowanie „wykonuje czyn zabroniony sam” należy rozumieć

---

[510] A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 13.

[511] M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 321; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 68.

[512] A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 679.

[513] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258.

[514] Tamże, s. 258-259.

[515] Tamże, s. 259.

[516] Tamże.

[517] Tamże.

w ten sposób, że w ramach danego zdarzenia tylko inkryminowany podejmuje zachowanie przestępne, „tylko on wypełnia ustawowe znamiona czynu”[518] – prowadzi do nieuchronnego wniosku, iż taka wykładnia jest zbyt wąska dla uzasadnienia bytu sprawstwa rozszerzonego oraz niesprawczych form współdziałania przestępnego. Wszakże na gruncie sprawstwa rozszerzonego oprócz bezpośredniego wykonawcy czynu zabronionego również sprawcy kierowniczy i polecający są osobami podejmującymi zachowania przestępne, wypełniającymi ustawowe znamiona czynu zabronionego, z tym że nie w formie przewidzianej dla sprawcy pojedynczego, lecz te odczytywane z art. 18 § 1 zd. 3 albo 4 K.k. w połączeniu z odpowiednim przepisem zrębowym. Podobnie w przypadku podżegania i pomocnictwa – poza sprawcą podżeganym lub tym, któremu udzielono pomocy – również podżegacz i pomocnik, gdy realizują znamiona właściwe dla tych form zjawiskowych, dopuszczają się zachowań przestępnych.

A zatem przeprowadzenie wykładni zwrotu „wykonuje czyn zabroniony sam” w ten sposób, że w jej wyniku za sprawstwo pojedyncze uznać wypadałoby wyłącznie „działanie pojedynczej osoby”[519], podjęte „bez udziału innych osób”[520] – należy ocenić jako niewłaściwe. Rację przyznać trzeba bowiem poglądowi W. Wróbla i A. Zolla[521], iż – we wskazanym ujęciu – użyty w art. 18 § 1 K.k. zaimek „sam” oznaczałby tyle, co „samotnie”, nie zaś „samodzielnie”. W konsekwencji, słusznym jest przyjęcie szerszego rozumienia wskazanego sformułowania, zakładającego – w przypadku jednosprawstwa – samodzielność realizacji znamion czynu zabronionego, aczkolwiek nie wykluczającego tego, że razem ze sprawcą pojedynczym, albo obok niego, czynu zabronionego mogą dopuścić się także inne osoby, ze sprawcą tym współdziałające.

Rozstrzygnąć pozostaje jedynie, udział których współdziałających – spośród przewidzianych w art. 18 K.k. – wyklucza możliwość przyjęcia jednosprawstwa. W tym względzie należy zgodzić się z poglądem, wedle którego „samodzielne wykonanie czynu zabronionego” nie obejmuje jedynie przypadków zachodzących w warunkach współsprawstwa równoległego, nadmieniając przy tym – co nie jest dostatecznie eksponowane w literaturze – że w okolicznościach współsprawstwa dopełniającego sprawstwo pojedyncze poszczególnych współsprawców ocenianych z osobna, jest

[518] L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 190.

[519] L. Gardocki, *Prawo* …, 2015, s. 96.

[520] V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132.

[521] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258-259.

istotowo wykluczone. Przyjęciu jednosprawstwa nie stoi natomiast na przeszkodzie: po pierwsze – współdziałanie w warunkach sprawstwa równoległego, czyli podejmowania zachowań, których nie łączy nić porozumienia, po drugie – udział w zdarzeniu przestępnym sprawcy kierowniczego albo polecającego, a po trzecie – występowanie w danej sytuacji podżegacza lub pomocnika. Innymi słowy „wykonuje czyn zabroniony sam" nie tylko ten, kto realizuje komplet znamion typu w pojedynkę, bez niczyjego udziału, ale także ten, kto: po pierwsze – czyni to równolegle z inną osobą, po drugie – dopuszcza się tego będąc w tym procesie kierowany, po trzecie – wypełnia przestępne polecenie osoby, wobec której pozostaje w stosunku zależności, po czwarte – osoba podżegana, a po piąte – sprawca, któremu udzielono pomocy w popełnieniu aktu przestępnego. Natomiast, spoglądając na sygnalizowany problem z przeciwnej perspektywy, w przypadku sprawcy kierowniczego oraz sprawcy polecającego udział w zdarzeniu sprawcy pojedynczego (bezpośredniego wykonawcy) nie tylko nie stoi na przeszkodzie przypisaniu sprawstwa osobom występującym we wskazanych rolach, ale wręcz stanowi warunek konieczny, aby ich za takowych uznać. Jednakowoż godzi się zastrzec, że zachowanie bezpośredniego wykonawcy nie należy do znamion podżegania ani pomocnictwa, a tym samym nie rzutuje na przypisanie przestępstwa popełnionego w tych dwóch formach zjawiskowych.

Podsumowując fragment rozważań poświęcony znaczeniu słowa „sam" wykładanego w kontekście zwrotu „wykonywać czyn zabroniony" należy podkreślić, że sprawcą pojedynczym jest ten, kto – w odniesieniu do czynu zabronionego w fazie dokonania – własnoręcznie wypełnia komplet znamion określonych w przepisie typizującym. Osoba taka nie musi jednak działać – jak to ujmują W. Wróbel i A. Zoll[522] – „samotnie". Niemniej, gdy konkretny układ okoliczności faktycznych wskazuje, że poza jednosprawcą w zdarzeniu przestępnym uczestniczą również inne osoby, uwadze nie powinna ujść ich rola. Jeśli bowiem poza tą osobą komplet znamion typu rodzajowego, albo chociażby ich część, wypełniają inni uczestnicy zdarzenia, działający z nią przy tym wspólnie i w porozumieniu, to zastosowanie znajduje konstrukcja współsprawstwa, odpada zaś formuła jednosprawstwa. Rzecz jasna, gdy konstytutywne elementy współsprawstwa nie zostają spełnione, zachodzić może co najwyżej sprawstwo równoległe, jednakże w takim przypadku nie rzutuje to na karnoprawną sytuację poszczególnych jednosprawców – w przeciwieństwie do współdziałających w warunkach

[522] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 258-259.

art. 18 § 1 zd. 2 K.k., jako że przepis ten stanowi podstawę wzajemnego przypisania współsprawcom tego co wspólnie uczynili. Jeśli zaś zachowanie współdziałającego z jednosprawcą nie spełnia warunków przypisania sprawstwa pojedynczego (sprawstwa równoległego) albo współsprawstwa, gdyż działaniu albo zaniechaniu takiej osoby brakuje cech własnoręczności, a przy tym zachowanie przestępne podejmowane jest przez nią niejako za pośrednictwem sprawcy pojedynczego, występującego w pozycji bezpośredniego wykonawcy, to warto rozważyć zastosowanie konstrukcji sprawstwa kierowniczego albo polecającego, ewentualnie jednej z niesprawczych form współdziałania przestępnego[523]. Fakt jednak, że podmiotowi realizującemu komplet znamion typu towarzyszą osoby, których rola sprowadza się do kierowania, wydawania polecenia, nakłaniania albo pomagania, nie wpływa na ustalenie sprawstwa pojedynczego w odniesieniu do sprawcy głównego (tj. bezpośredniego wykonawcy), niemniej stanowi wskazówkę do rozważenia tego, czy wkład wspomnianych osób wyczerpuje znamiona odpowiednio: sprawstwa kierowniczego, sprawstwa polecającego, podżegania albo pomocnictwa. Jak można na marginesie ocenić, analiza stanu faktycznego w tym zakresie mogłaby zapobiec występowaniu problemów zgłaszanych przez biegłych opiniujących w sprawach medycznych, podnoszących, że „w praktyce medyczno-sądowej niestety wciąż spotyka się takie przypadki zespołowych błędów medycznych, w których zarzuty (…) są stawiane jednej (nie do końca właściwej) osobie, pozostającej niejako obok zasadniczego procesu decyzyjnego i niemającej zasadniczego wpływu na losy pacjenta, ewentualnie będącej jedynie ogniwem w rozciągniętym i kilkuetapowym procesie diagnostyczno-terapeutycznym”[524]. To bowiem, jak można uzupełnić, że zidentyfikuje

[523] Opowiadając się za niedopuszczalnością konstrukcji sprawstwa pośredniego w polskim systemie prawa karnego – w szerszym zakresie należy odesłać do stosownej literatury i orzecznictwa; Zob. we wskazanym przedmiocie w szczególności: K. Buchała, L. Kubicki, *Sprawstwo pośrednie w polskiej nauce prawa karnego i orzecznictwie sądowym*, SP 1988, Nr 1-2, s. 170-183; Zob. też: J. Makarewicz, *Kodeks karny z komentarzem*, Lwów 1938, s. 130; L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 104 i n.; Z. Papierkowski, *Sprawstwo pośrednie jako postać przestępstwa*, RPEiS 1966, Nr 3, s. 47-57; J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1732-1733; K. Buchała, *W sprawie tzw. sprawstwa pośredniego i pokrewnych form sprawstwa*, PS 1994, Nr 3, s. 3-11; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 305-306; K. Dąbkiewicz, *Konstrukcja sprawstwa pośredniego (spór J. Makarewicza i S. Glasera)*, PiP 2011, Nr 3, 69-79; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 297-299; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 681-682; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 11-12; D. Tokarczyk, *Sprawstwo pośrednie de lege ferenda*, PiP 2018, Nr 5, s. 92-103; Por. wyr. SN z dnia 13 kwietnia 2006 r., IV KK 40/06, LEX Nr 183008; wyr. SA w Katowicach z dnia 28 czerwca 2001 r., II AKa 180/01, LEX Nr 53203; wyr. SA w Łodzi z dnia 14 marca 2005 r., II AKa 267/04, LEX Nr 178025; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 24 maja 2012 r., II AKa 129/12, LEX Nr 1238621; Zob. w odniesieniu do instytucji sprawstwa pośredniego funkcjonującej na gruncie koncepcji *Teilnahmesystem*: P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 261 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 80-83.

[524] R. Skowronek, C. Chowaniec, *Odpowiedzialność* …, 2016, s. 123.

się bezpośredniego wykonawcę – odpowiadającego jako sprawca pojedynczy – nie wyklucza, przy spojrzeniu na dany układ okoliczności faktycznych z szerszej perspektywy, istnienia innych osób, które przyczyniły się do popełnienia czynu zabronionego w sposób, który może być kwalifikowany jako sprawstwo kierownicze albo polecające.

Choć problematyka ta pozostaje na uboczu rozważań podejmowanych w niniejszej pracy – jako że koncentrują się one na aspekcie relacji międzyludzkich – warto chociażby nadmienić na koniec bieżącej części rozważań, że przyjęciu sprawstwa nie stoi na przeszkodzie posługiwanie się, w toku realizacji znamion typu, urządzeniami technicznymi lub zwierzęciem albo wykorzystywanie w ramach akcji sprawczej właściwości sił przyrody[525].

Drugą kwestią – wartą omówienia w nakreślonym kontekście – jest „samodzielne wykonanie czynu zabronionego", lecz nie we własnym interesie, a na rzecz lub w imieniu innego podmiotu. Jak już bowiem sygnalizowano, z tej perspektywy warto wyjaśnić, czy uprawnionym jest mówienie o samodzielnym wykonaniu czynu zabronionego w przypadku, gdy wprawdzie pojedyncza osoba dopuszcza się zachowania w pełni zgodnego z normatywnym wzorcem, czyni to jednak nie mając przy tym przekonania o realizacji własnego dzieła. Zdarzyć może się tak w szczególności w warunkach bycia kierowanym w wykonywaniu aktu przestępnego lub realizowania kryminogennego polecenia otrzymanego od osoby, względem której pozostaje się w stosunku zależności. Wszakże, w pewnym sensie, pracę osób podległych kierującemu jednostką organizacyjną lub pozostających w stosunku zależności względem uprawnionego do wydawania w jej ramach wiążących poleceń – można traktować jako dzieło owego kierownika lub poleceniodawcy. Wywodzić to można z faktu, że delegują oni – ciążące na zarządzanej przez nich jednostce – obowiązki, z których wykonania są następnie osobiście rozliczani. A zatem, przekazują oni podwładnym – działającym w ich imieniu lub na ich rzecz – niejako swoje zadania, chcąc by podmiot, którego pracę organizują wywiązał się z wykonania określonych zobowiązań, tym samym posiadając w tym osobisty interes.

[525] G. Rejman, *Zasady* …, 2009, s. 320-321; Zob. też: taż, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, s. 13-23; W tym tonie również: A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 13.

W doktrynie – w odniesieniu do sprawstwa pojedynczego – niemalże zgodnie wskazuje się, że normatywny kształt tej figury prawnej przesądza o jej wąskim, formalno-obiektywnym ujęciu[526]. Przychylając się do tego stanowiska warto podkreślić, że – definiując sprawstwo pojedyncze – ustawodawca ściśle wiąże je z „wykonaniem czynu zabronionego", nie wprowadzając jednocześnie – w treści art. 18 § 1 zd. 1 K.k. – żadnych elementów subiektywizujących[527]. Formalny charakter formule jednosprawstwa nadaje się zatem poprzez odniesienie tej formy zjawiskowej przestępstwa wyłącznie do zespołu znamion, obiektywny natomiast – przez ukierunkowanie procesu karnoprawnego wartościowania na faktyczne zachowanie sprawcy, nie zaś na to, w czyim interesie działa[528]. Zastosowany na gruncie art. 18 § 1 zd. 1 K.k. zabieg legislacyjny należy odczytywać więc w ten sposób, że dla bytu sprawstwa pojedynczego wystarczające jest urzeczywistnienie całości znamion wysłowionych w przepisie zrębowym. Interpretowanie zaś wskazanej instytucji w duchu teorii subiektywnej – przerzucającej punkt ciężkości na wolę wykonania czynu zabronionego albo pobudki sprawcą powodujące – wypada uznać za wykładnię *praeter legem*[529].

Tym samym, z jednej strony – dla ustalenia sprawstwa w omawianej postaci nie ma znaczenia to, czy sprawca działa z wolą popełnienia przestępstwa dla siebie (*animus auctoris*), z drugiej zaś – sprawstwa pojedynczego nie wyklucza działanie sprawcy dla kogoś innego (*animus socii*)[530]. A zatem – powracając do kwestii, od której rozpoczęto niniejsze rozważania – fakt, że sprawcy kierowanemu albo wykonującemu polecenie, realizującym komplet znamion typu, nie towarzyszy poczucie czynienia tego

---

[526] Tak np.: W. Mącior, *Postacie* …, 1971, s. 752; W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 92; K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 122 i 123; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 171; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 432-433; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 287 i 294; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 951; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 680; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 227; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 447; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 4; Odmiennie: J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1725-1737.

[527] P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 951; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 680.

[528] W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 92; A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 13; K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 122; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 8.

[529] K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 123; Odmiennie: J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1725-1737.

[530] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 227; P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 951.

we własnym interesie, a wręcz przyświeca motywacja działania na rzecz kierownika akcji przestępnej albo wydającego kryminogenne polecenie, nie wpływa na byt samego sprawstwa pojedynczego. Zgodnie bowiem z przyjętą na gruncie art. 18 § 1 zd. 1 K.k. koncepcją formalno-obiektywną, własnoręczna realizacja określonego stanu rzeczy, nawet ta poczyniona przez osobę pozostającą pod władztwem innego podmiotu – musi zostać uznana za jej własne zachowanie. Brak przekonania o wykonaniu na tej drodze własnego dzieła, tudzież urzeczywistniania go we własnym interesie, albo też woli bycia sprawcą – nie ma w omawianym aspekcie żadnego znaczenia. Niemniej wskazane okoliczności faktyczne powinny stanowić asumpt, ażeby w przypadku ich wystąpienia rozwadze każdorazowo poddawać kwalifikację zachowań osób, z których inspiracji działano, jako sprawstwo kierownicze albo sprawstwo polecające; ewentualnie podżeganie – jeśli jednosprawca działa pod wpływem osoby nakłaniającej do wykonania czynu zabronionego (np. zlecającej popełnienie określonego przestępstwa), a przy tym nie zachodzą przesłanki sprawstwa kierowniczego ani polecającego.

2.2.2. Współwykonanie czynu zabronionego

Jeśli chodzi o interpretację zwrotu „wykonuje czyn zabroniony" na gruncie formuły współsprawstwa, zasadnicze wątpliwości wykładnicze zdają się grawitować wokół trudności w jednoznacznym odczytaniu z art. 18 K.k. preferowanego przez ustawodawcę teoretycznego modelu odpowiedzialności za przestępne współdziałanie. Wskazana regulacja istotnie odbiega bowiem od pierwowzoru, jakim jest – w założeniu – koncepcja autorstwa J. Makarewicza[531]. Wszakże od czasu opracowania tzw. polskiej konstrukcji podżegania i pomocnictwa – za sprawą kolejno wprowadzanych kodeksów karnych – ustawowe jej odwzorowanie uległo znacznym przeobrażeniom, co sprawia, że obecne unormowanie tylko w pewnym zakresie odzwierciedla jej wyjściowe ujęcie[532].

[531] Por. I. Fredrich-Michalska, B. Stachurska-Marcińczak (opr.), *Nowe* …, 1997, s. 126-127 – zgodnie z którym: „Nowy kodeks pozostaje wierny koncepcji postaci zjawiskowych popełnienia przestępstwa stworzonej przez J. Makarewicza, a nawet tę koncepcję pogłębia"; Zob. szerzej na temat założeń teoretycznych, które legły u podstaw polskiej regulacji zasad odpowiedzialności za przestępne współdziałanie: J. Makarewicz, *Kodeks* …, 1938; L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 37-76; W. Wolter, *Nauka o ustawie* … [w:] K. Buchała, W. Wolter, *Wykład* …, 1979, s. 246-247; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 412-414; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 95-96; A. Zoll, *Podstawy teoretyczne* …, 1995, s. 31-41; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 406-421; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 14-30; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 255-256.

[532] Zob. szerzej w kwestii wierności polskich ustaw karnych koncepcji J. Makarewicza: W. Mącior, *Postacie* …, 1971, s. 750-764; tenże, *Odpowiedzialność* …, 1977, s. 58-69; tenże, *Formy* …, 1996, s. 74-82; A. Spotowski, *Próba* …, 1972, s. 43-51; I. Andrejew, *Sprawstwo* …, 1988, s. 125-143; L. Tyszkiewicz, *Problemy* …, 1990, s. 50-61; A. Zoll, *Podstawy teoretyczne* …, 1995, s. 31-41; tenże, *Sprawstwo* …, 2009, s. 175-183; R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 105-127; tenże, *Współdziałanie*

Sytuację tę dodatkowo komplikuje fakt, że polskie rozwiązanie wykazuje pewne podobieństwa zarówno do teorii jednolitego sprawstwa (*Einheitstätersystem*)[533], jak i teorii udziału w cudzym przestępstwie (*Teilnahmesystem*)[534], charakteryzując się zarazem elementami oryginalnymi, niewystępującymi w modelach wykształconych w niemieckim obszarze językowym[535]. Jako że rozstrzygnięcie, która z koncepcji leży u podstaw rozwiązania zastosowanego w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. jest materią niezwykle złożoną, z perspektywy rozważań poświęconych objaśnieniu sformułowania „wykonuje czyn zabroniony" wystarczającym wydaje się jedynie zasygnalizowanie aprobaty dla poglądów tej części doktryny, która opowiada się restryktywnym ujęciem sprawstwa, w jego czterech odmianach, w pozostałym zaś zakresie – odesłanie do opracowań obszernie prezentujących argumentację przemawiającą za wyborem wskazanego nurtu[536].

Jednakowoż w ramach bieżących rozważań kwestią kluczową jest podkreślenie faktu normatywnego wyodrębnienia w art. 18 K.k. sprawstwa w czterech odmianach oraz dwóch niesprawczych form popełnienia przestępstwa, co stanowi nawiązanie do koncepcji udziału w cudzym przestępstwie[537]. Model ten – w przeciwieństwie

…, 2002, s. 13-26; tenże, *Jeszcze o tzw. sprawstwie* ... [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…, 2006, s. 135-153; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 406-421; T. Kaczmarek, *Recenzja Książki Piotra Kardas, Teoretyczne podstawy odpowiedzialności karnej za przestępne współdziałanie*, Prok. i Pr. 2002, Nr 5, s. 93-105; tenże, *Kwestie sporne wokół pojęcia tzw. niesprawczych form współdziałania przestępnego* [w:] J. Majewski (red.), *Formy stadialne i postacie zjawiskowe popełnienia przestępstwa. Materiały III Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego*, Toruń 2007, s. 89-107; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 22-30; T. Bojarski, *Z problematyki* … [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…, 2006, s. 85-96.

[533] Zob. szerzej na temat założeń koncepcji *Einheitstätersystem*: P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, *passim*, w szczególności s. 35-37, 40-42 oraz 110-203; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 85-93.

[534] Szerzej na temat założeń koncepcji *Teilnahmesystem*: P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, *passim*, w szczególności s. 38-42 i 204-405; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 79-84.

[535] Zob. szerzej w zakresie modelowych ujęć zasad odpowiedzialności za przestępne współdziałanie: J. Makarewicz, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Lwów-Warszawa 1919, s. 114-132; L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 9-76; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 157-158; S. Stomma, *Współdziałanie* …, 1975, s. 20-37; W. Wolter, *Nauka o ustawie* … [w:] K. Buchała, W. Wolter, *Wykład* …, 1979, s. 244-247; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 409-414; I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 217-219; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 97-100; A. Zoll, *Podstawy teoretyczne* …, 1995, s. 31-41; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 292-297; R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 106-114; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, *passim*, w szczególności s. 29-46, 110-203 oraz 204-405; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 277-321; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 10-30; A. Marek, *Prawo* …, 2011, s. 196-198; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 252-256; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 315-319.

[536] Zob. szerzej w zakresie uzasadnienia poglądu o zastosowaniu na gruncie art. 18 § 1 K.k. wąskiego rozumienia sprawstwa, właściwego dla koncepcji *Teilnahmesystem*: P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 433-446; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 288-292; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 93-105; Por. w zakresie odmiennego podejścia: A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 169 i 170; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 257.

[537] Aprobująco w zakresie wąskiego ujęcia sprawstwa w polskiej ustawie karnej: R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 122; tenże, *Jeszcze o tzw. sprawstwie* ... [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…,

do koncepcji jednolitego sprawstwa sprowadzającego się do uznania wszystkich normatywnych form współuczestnictwa w akcie przestępnym za sprawstwo – zasadza się na wąskim rozumieniu sprawstwa, zakładającym rozgraniczenie sprawczych form współdziałania przestępnego od podżegania i pomocnictwa. Potrzeba zaś wyraźnego przeprowadzenia owych granic – pomiędzy sprawczymi i niesprawczymi odmianami przestępnego współdziałania – stała się podstawą do wypracowania szeregu koncepcji teoretycznych temu służących, spośród których za najważniejsze uznać można teorie: formalno-obiektywną, materialno-obiektywną oraz subiektywną[538].

Analizując problem z perspektywy współwykonywania czynu zabronionego, pierwsza z nich ściśle wiąże współsprawstwo z wykonaniem czynu zabronionego w tym sensie, że dla przyjęcia tej figury prawnej konieczne jest wypełnienie przez współdziałającego przedmiotowych znamion czynu zabronionego określonego typu – realizowanego wspólnymi siłami i w porozumieniu wraz z innymi w ten sposób postępującymi osobami – przynajmniej w części[539]. W świetle drugiej współsprawcą może być również osoba, która nie realizuje żadnego zachowania odpowiadającego znamieniu czasownikowemu popełnianego wspólnie czynu zabronionego, o ile jej wkład w przestępne przedsięwzięcie można uznać za istotny[540]. Wedle trzeciej o sprawstwie przesądza nie tyle własnoręczne wykonanie czynu zabronionego, ile wola sprawcza (*animus auctoris*), wobec braku której współdziałający może być uznany co najwyżej za podżegacza albo pomocnika – działających, w przeciwieństwie do sprawcy, z wolą uczestniczenia w czynie przestępnym innej osoby (*animus socii*) – choćby realizował

2006, s. 136 i 145; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 435-439 i 546; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 58 i 103; Odmiennie: A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 169 i 170; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 257 – w których to opracowaniach autorzy prezentują stanowisko, zgodnie z którym regulacja art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. zasadza się na szerokim rozumieniu sprawstwa, charakterystycznym dla koncepcji *Einheitstätersystem*.

[538] Szerzej: L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 96-99 i 270-295; A. Wąsek, W*spółsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 10-21 i 100-120; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 242-243; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 311-319; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 31 i 42-52.

[539] Zwolennikami teorii formalno-obiektywnej są: R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 123; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, *passim*, w szczególności s. 435 i 442; tenże, *Przypisanie* …, 2004, s. 73 i n.; tenże, *Istota* …, 2005, s. 7 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 311 i n.; P. Palka, *Glosa do wyroku SA w Łodzi z dnia 23 listopada 2000 r. II Aka 169/2000*, Pal. 2003, Nr 1-2, s. 225 i n.; tenże, *Glosa do postanowienia SN* …, 2005, s. 259 i n.; J. Skorupka, *Glosa do wyroku SA w Katowicach z dnia 22 lutego 2001 r., II AKa 10/01*, OSP 2003, Nr 4, s. 43 i n.; A. Barczak-Oplustil, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych*, CzPKiNP 2004, Nr 2, s. 207 i n.; taż, *Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych*, CzPKiNP 2005, Nr 1, s. 235 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, *passim*, w szczególności s. 58; T. Bojarski, *Glosa do postanowienia SN z dnia 1 marca 2005 r. III KK 208/04*, Pal. 2006, Nr 3-4, s. 254 i n.

[540] Teorię materialno-obiektywną aprobuje: A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 172-174.

znamiona typu[541]. I odwrotnie, jeśli współuczestnik zdarzenia przestępnego działa z wolą sprawczą, należy uznać go za współsprawcę, choćby jedynie przyczynił się do wykonania czynu zabronionego, sam go jednak nie wykonał. Odmianą tej koncepcji jest teoria interesu, w przypadku której uwaga kierowana jest na to, w czyim interesie występuje dany współdziałający. W doktrynie prawa karnego wyklarowała się także koncepcja mieszana, łącząca elementy właściwe dla teorii formalno-obiektywnej oraz subiektywnej, przy czym te ostatnie bierze się pod uwagę dopiero wówczas, gdy nie są spełnione kryteria formalno-obiektywne[542].

Choć w doktrynie dominuje formalno-obiektywne rozumienie normatywnego sformułowania „wykonuje czyn zabroniony wspólnie”[543], w judykaturze stanowiska świadczące o aprobowaniu tego nurtu pojawiają się stosunkowo rzadko[544]. W przeważającej mierze orzecznictwo – zarówno Sądu Najwyższego, jak i sądów apelacyjnych – odwołuje się do koncepcji materialno-obiektywnej[545], uzupełnionej

---

[541] Teoria subiektywna reprezentowana jest przez J. Szwachę – Zob. tenże, *Z problematyki* …, 1970, s. 1725-1737.

[542] Za zwolenników teorii mieszanej uznają się: A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 114-120; L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2004, s. 96 – Jak podnosi autor: „ustalenie czy mamy do czynienia ze współsprawstwem czy pomocnictwem powinno się przede wszystkim opiekać na kryterium wypełnienia znamion przestępstwa. Jeśli takiego wypełnienia nie ma, należy zastosować kryterium subiektywne sprawdzając, czy dana osoba działała z zamiarem właściwym dla współsprawcy czy dla pomocnika. Byłoby to więc zastosowanie – w określonej kolejności – kryteriów zaczerpniętych z teorii formalno-obiektywnej i subiektywnej”.

[543] R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 123; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, *passim*, w szczególności s. 435 i 442; tenże, *Przypisanie* …, 2004, s. 73 i n.; tenże, *Istota* …, 2005, s. 7 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 311 i n.; P. Palka, *Glosa do wyroku SA* …, 2003, s. 225 i n.; tenże, *Glosa do postanowienia SN* …, 2005, s. 259 i n.; J. Skorupka, *Glosa* …, 2003, s. 43 i n.; A. Barczak-Oplustil, *Przegląd* …, 2004, s. 207 i n.; taż, *Przegląd* …, 2005, s. 235 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, *passim*, w szczególności s. 58; T. Bojarski, *Glosa* …, 2006, s. 254 i n.

[544] Wyr. SN z dnia 20 stycznia 2004 r., WA 65/03, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 146; wyr. SN z dnia 23 listopada 2004 r., WA 22/04, OSNKW 2004, Nr 1, poz. 2166; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 13 lipca 2006 r., II AKa 163/06, LEX Nr 190473.

[545] Zob. w zakresie orzecznictwa SN: wyr. SN z dnia 29 czerwca 2006 r., V KK 391/05, OSNwSK 2006, poz. 1289; post. SN z dnia 2 marca 2006 r., II KK 7/06, LEX Nr 196995; post. SN z dnia 22 lutego 2007 r., V KK 183/06, OSNwSK 2007, Nr 1, poz. 487; post. SN z dnia 5 grudnia 2007 r., V KK 120/07, LEX Nr 346825; wyr. SN z dnia 8 grudnia 2011 r., II KK 162/11, OSNKW 2012, Nr 3, poz. 28; wyr. SN z dnia 21 grudnia 2011 r., III KK 208/11, LEX Nr 1119511; post. SN z dnia 4 kwietnia 2018 r., V KK 69/18, LEX Nr 2488724; post. SN z dnia 14 listopada 2018 r., IV KK 503/18, LEX Nr 2579544; post. SN z dnia 20 grudnia 2018 r., V KK 565/18, LEX Nr 2609446; Zob. w zakresie orzecznictwa SA: wyr. SA w Łodzi z dnia 14 października 1998 r., II AKa 129/98, LEX Nr 39920; wyr. SA w Katowicach z dnia 6 września 2007 r., II AKa 131/07, LEX Nr 377861; wyr. SA w Białymstoku z dnia 4 lutego 2013 r., II AKa 246/12, LEX Nr 1313215; wyr. SA w Białymstoku z dnia 24 lipca 2012 r., II AKa 141/12, LEX Nr 1236001; wyr. SA w Warszawie z dnia 8 maja 2013 r., II AKa 126/13, LEX Nr 1322731; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 3 lipca 2013 r., II AKa 128/13, LEX Nr 1392132; wyr. SA w Gdańsku z dnia 4 lipca 2013 r., II AKa 151/13, POSAG 2013, Nr 4, poz. 190-192; wyr. SA w Katowicach z dnia 30 września 2013 r., II AKa 201/13, LEX Nr 1422279; wyr. SA w Krakowie z dnia 7 listopada 2013 r., II AKa 210/13, LEX Nr 1400321; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 22 września 2014 r., II AKa 203/14, II AKa 203/14; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 1 października 2014 r., II AKa 251/14, LEX Nr 1540998; wyr. SA

w wybranych przypadkach o element subiektywny[546]. Aczkolwiek należy zauważyć, że w praktyce sądowej – co wypada uznać za zjawisko niepokojące z perspektywy konstytucyjnej zasady określoności czynu zabronionego – nie tylko dopuszcza się współwykonanie czynu zabronionego bez konieczności wypełnienia swoim zachowaniem choćby w części jego znamion, lecz idzie się nawet dalej; a mianowicie: już nie istotność roli lub wkładu, ale zaakceptowanie zachowania innej osoby (aprobata albo brak sprzeciwu wobec zachowań przestępnych) stanowić może podstawę odpowiedzialności za współsprawstwo[547].

Podtrzymując dotychczasowe stanowisko co do restryktywnego ujęcia sprawstwa w polskiej ustawie karnej, w bieżących zaś rozważaniach – aby podążyć przyjętym nurtem rozumowania – opowiadając się za koncepcją formalno-obiektywną, należy zgodzić się z P. Kardasem, że „dominujące aktualnie w orzecznictwie stanowisko, obejmujące zakresem współsprawstwa sytuacje, w których zachowanie jednego ze współdziałających nie wypełnia nawet najmniejszego fragmentu znamion czynu zabronionego, nawiązujące do materialno-obiektywnej koncepcji sprawstwa uzupełnianej elementami subiektywnymi, wywołuje wątpliwości z czterech zasadniczych powodów: po pierwsze, z uwagi na przełamanie zasady jednolitości koncepcji sprawstwa, na której oparte zostały poszczególne jego odmiany wymienione w art. 18 § 1 K.k.; po drugie, z uwagi na niespełnienie obiektywnej przesłanki współsprawstwa, tj. brak wspólnego wykonania czynu zabronionego; po trzecie, z uwagi na wątpliwości związane ze spełnieniem kryteriów obiektywnego przypisania skutku; po czwarte,

we Wrocławiu z dnia 21 października 2014 r., II AKa 278/14, LEX Nr 1567126; wyr. SA w Katowicach z dnia 21 grudnia 2017 r., II AKa 490/17, LEX Nr 2480857.

[546] Zob. w zakresie orzecznictwa SN, w którym teorię materialno-obiektywną wzbogaca się o element subiektywny w postaci *animus auctoris*: post. SN z dnia 1 marca 2005 r., III KK 208/04, OSNKW 2005, Nr 7-8, poz. 62; post. SN z dnia 11 kwietnia 2014 r., V KK 408/13, LEX Nr 1482487; wyr. SN z dnia 2 lutego 2017 r., III KK 222/16, OSNKW 2017, Nr 5, poz. 31; Zob. w tym samym zakresie w odniesieniu do orzecznictwa SA: wyr. SA w Katowicach z dnia 26 listopada 2003 r., II AKa 370/03, LEX Nr 183334; wyr. SA w Katowicach z dnia 16 lutego 2006 r., II AKa 15/06, LEX Nr 191761; wyr. SA w Katowicach z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 147/08, LEX Nr 526730; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 29 marca 2012 r., II AKa 73/12, LEX Nr 1133368.

[547] Zob. post. SN z dnia 17 września 2008 r., III KK 274/08, LEX Nr 464975; Zob. też: wyr. SA w Katowicach z dnia 23 września 2004 r., II AKa 276/04, LEX Nr 154968; wyr. SA w Lublinie z dnia 12 stycznia 2006 r., II AKa 290/05, LEX Nr 168034; wyr. SA w Katowicach z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 147/08, LEX Nr 526730; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160; wyr. SA w Krakowie z dnia 30 sierpnia 2012 r., II AKa 140/12, LEX Nr 1236870; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 27 czerwca 2018 r., II AKa 130/18, LEX Nr 2532131; Odmiennie – Zob. wyr. SN z dnia 2 lutego 2017 r., III KK 222/16, OSNKW 2017, Nr 5, poz. 31; Zob. też: wyr. SA w Krakowie z dnia 7 listopada 2013 r., II AKa 210/13, LEX Nr 1400321; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 1 października 2014 r., II AKa 251/14, LEX Nr 1540998.

z uwagi na oparcie współsprawstwa na elemencie subiektywnym (działaniu *animus auctoris*), który nie stanowi przesłanki konstytutywnej dla tej postaci sprawstwa”[548].

W konsekwencji przyjęcia formalno-obiektywnego ujęcia godzi się podkreślić, że za „współwykonanie czynu zabronionego” w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 2 K.k. uznaje się w niniejszej pracy jego wykonanie w warunkach: współsprawstwa równoległego, zachodzącego, gdy każdy ze współdziałających samoistnie wypełnienia wszystkie znamiona czynu zabronionego; jak również współsprawstwa dopełniającego, polegającego na wyczerpaniu przez jednego ze współdziałających wszystkich znamion i realizacji części znamion przez pozostałych albo na wypełnieniu przez poszczególnych współdziałających jedynie fragmentów czynu, prowadzące w sumie do urzeczywistnienia kompletnego zespołu jego znamion – pod warunkiem, rzecz jasna, jednoczesnego istnienia w obu tych wariantach współsprawstwa porozumienia między współdziałającymi co do wspólnego wykonania czynu stanowiącego treść porozumienia oraz świadomości i woli wspólnej działalności[549]. Natomiast współsprawcą nie można nazwać współdziałającego, który nie wykonuje czynu zabronionego własnoręcznie, choćby jego zachowanie stanowiło istotny wkład w całość przestępnego przedsięwzięcia[550]. Taka osoba może być uznana co najwyżej za podżegacza albo pomocnika, ewentualnie przy spełnieniu przesłanek kierowania czynem albo wydania polecenia jego wykonania, możliwe jest odwołanie się do instytucji sprawstwa kierowniczego albo sprawstwa polecającego. Jako współsprawstwa nie należy kwalifikować także realizacji znamion czynu zabronionego w warunkach tzw. sprawstwa równoległego, obejmującego przypadki zachowań dwóch albo więcej osób zachodzących w tym samym miejscu i czasie, których nie łączy jednak porozumienie ani świadomość wspólnego wykonywania tych czynności[551]. Sytuacje tego rodzaju mogą być

[548] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 315-316.

[549] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 300; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 305 oraz 311 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 958 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 259 i n.; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 275.

[550] Tak też: K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 300, 301 i 302; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 483 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 970 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 311-319; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 49 i n. oraz 58; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 230 i n.; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 275.

[551] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298 i n.; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 90; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 300 i 311; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 231.

rozpatrywane co najwyżej w kategoriach przypadkowego zbiegu sprawstw pojedynczych, ewentualnie niesprawczych form współdziałania.

Na zakończenie bieżącej części rozważań warto nakreślić potencjalne praktyczne konsekwencje rozbieżnego definiowania omawianego wyrażenia normatywnego w doktrynie i orzecznictwie, dla ich zobrazowania posługując się przykładem wadliwie przeprowadzonej procedury chirurgicznej zakończonej skutkiem przestępnym. Analiza poszczególnych judykatów wiedzie bowiem do wniosku, że – przedstawiając sprawę w pewnym uproszczeniu – w zależności od przyjętego *in concreto* podejścia do kwestii „wykonania czynu zabronionego wspólnie i w porozumieniu", krąg współsprawców może się różnie kształtować. A mianowicie, jeśli przyjąć koncepcję formalno-obiektywną, to w zakresie zainteresowania pozostawać zdają się jedynie osoby, które rzeczywiście operują, tj. operator, ewentualnie pierwsza asysta[552]. Gdyby zaś przyjąć podejście materialno-obiektywne, akcentujące fakt wniesienia istotnego wkładu w wykonywaną wspólnie czynność, nawet gdyby nie było ono połączone z wykonaniem samej czynności sprawczej (w omawianym przypadku – kryminogennego operowania), to krąg osób ulega poszerzeniu m.in. o osoby podające i odbierające od operatora wyroby medyczne (np. narzędzia, materiały opatrunkowe, rozrusznik serca) używane podczas operacji, co jest elementem całego przedsięwzięcia nie tylko istotnym[553], lecz wręcz stanowi nieodzowny warunek jego przeprowadzenia, bez tych bowiem czynności nie byłoby możliwe wykonanie procedury chirurgicznej[554], sam zaś operator nie jest w stanie

[552] Por. wyr. SN z dnia 20 stycznia 2004 r., WA 65/03, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 146 – w którym wskazuje się, że warunkiem „wykonania czynu zabronionego wspólnie z inną osobą", określającym istotę współsprawstwa jest to, że „każda ze współdziałających ze sobą osób realizuje część znamion składających się na opis czynu zabronionego, a suma ich zachowań stanowi pełną realizację znamion określonego typu czynu zabronionego".

[553] Por. wyr. SA w Katowicach z dnia 26 listopada 2003 r., II AKa 370/03, LEX Nr 183334 – zgodnie z którym współsprawcą jest ten, który „wprawdzie w wyniku podziału ról nie realizuje żadnego znamienia czasownikowego popełnionego wspólnie czynu zabronionego, lecz wykonywana przez niego czynność ma istotne znaczenie dla popełnienia tego czynu"; wyr. SA w Katowicach z dnia 6 września 2007 r., II AKa 131/07, LEX Nr 377861 – w którym podkreśla się, że z perspektywy uznania kogoś za współsprawcę istotne jest czy „wykonywał on bezpośrednio tzw. czynności czasownikowe, a jeśli nie, to jakie i na ile istotnie przyczyniły się one dla realizacji całego planu przestępstwa"; wyr. SA w Białymstoku z dnia 24 lipca 2012 r., II AKa 141/12, LEX Nr 1236001 – stanowiący, że dla uznania kogoś za współsprawcę wystarczy, „że osoba taka działa w ramach uzgodnionego podziału ról, ułatwiając bezpośredniemu sprawcy realizację wspólnie zamierzonego celu".

[554] Por. wyr. SA w Katowicach z dnia 16 lutego 2006 r., II AKa 15/06, LEX Nr 191761 – stosownie do którego współsprawca „nie musi bezpośrednio realizować czynności czasownikowej danego typu czynu, niemniej jednak musi sam wykonać określoną czynność, która stanowi istotny wkład w realizację tego czynu, a więc taką, która pozwala hipotetycznie przyjąć, że przez odstąpienie współdziałającego, czyn w ogóle nie byłby popełniony lub popełniony w inny sposób"; wyr. SA w Katowicach z dnia 6 września 2007 r., II AKa 131/07, LEX Nr 377861 – w którym skazuje się, że dla bytu współsprawstwa ważne jest „jaką czasownikową czynność związaną z przypisanym przestępstwem osobiście wykonywał oskarżony,

własnoręcznie ich dopełnić. Zdaje się więc nie budzić wątpliwości – przyjmując wskazany sposób rozumowania – że instrumentariuszki w ramach podziału ról dokonują „innych istotnych dla realizacji" wspólnego przedsięwzięcia czynności[555]. Biorąc zaś pod uwagę, że w przypadku niektórych orzeczeń dla bytu współsprawstwa nie jest konieczne spełnienie kryterium istotności roli lub wkładu we wspólne dzieło ani *aniumus auctoris*, lecz wystarczy akceptacja zachowania innej osoby – w kręgu współsprawców mogą znaleźć się nawet osoby pozostające na obrzeżach wykonywanego zabiegu operacyjnego, np. obecni przy zabiegu lekarze w trakcie specjalizacji, działanie innych akceptujący jako że nie wykazujący stanowczego sprzeciwu wobec podejmowanych w jego ramach zachowań[556].

2.2.3. Wykonanie czynu zabronionego w przypadku tzw. niewykonawczych postaci sprawstwa

Jak już podnoszono, w niniejszej pracy aprobuje się dominujące w doktrynie wąskie ujęcie sprawstwa – ze wszystkimi tego konsekwencjami w zakresie rozumienia zwrotu „wykonanie czynu zabronionego" – zarówno w odniesieniu do sprawstwa pojedynczego, jak i współsprawstwa. Warto przyjrzeć się jednak również temu, jak to ujęcie należałoby odnieść do pozostałych odmian sprawstwa, tj. sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego, niekiedy nazywanych w literaturze niewykonawczymi[557].

---

bądź też inną, realizowaną w ramach przestępczego porozumienia, mającą tak istotny wkład, że bez niej całe przestępcze przedsięwzięcie nie powiodłoby się"; wyr. SA w Białymstoku z dnia 4 lutego 2013 r., II AKa 246/12, LEX Nr 1313215 – podkreślający, że „współsprawca swoim zachowaniem wnosi istotny wkład w dokonanie przestępstwa. Jego odstąpienie od współsprawstwa miałoby ten skutek, że czyn zabroniony nie zostałby w ogóle popełniony lub miał inny przebieg"; post. SN z dnia 11 kwietnia 2014 r., V KK 408/13, LEX Nr 1482487 – w którym „istotność wkładu w popełnienie wspólnie realizowanego przestępczego zamierzenia" rozumie się w ten sposób, „że dane zachowanie stanowi przejaw czy to koniecznego warunku podjęcia zachowania w sposób bezpośredni realizującego znamiona typu czynu zabronionego, czy też stanowi jego istotne ułatwienie lub znacznie zmniejsza ryzyko tej realizacji"; wyr. SA w Katowicach z dnia 21 grudnia 2017 r., II AKa 490/17, LEX Nr 2480857 – definiujący „czynność mającą istotny wkład w realizację czynu zabronionego" jako taką, „która hipotetycznie pozwala przyjąć, że przez odstąpienie współdziałającego, czyn w ogóle nie zostałby popełniony".

[555] Por. post. SN z dnia 4 kwietnia 2018 r., V KK 69/18, LEX Nr 2488724 – wedle którego za współsprawcę może być uznana osoba, która „nie wykonywała wszystkich znamion czynu zabronionego, a tylko niektóre, albo w powiązaniu z innymi osobami, w ramach podziału ról, dokonywała innych istotnych dla realizacji znamion takiego czynu czynności".

[556] Por. wyr. SA w Katowicach z dnia 28 lipca 2005 r., II AKa 121/05, LEX Nr 174994 – w którym wskazuje się, że „oskarżony (…) wypełnił istotę współsprawstwa, o którym mowa w art. 18 § 1 K.k., albowiem (…) ustalenia jednoznacznie dowodzą, iż w trakcie dynamicznego rozwoju wydarzeń zaakceptował on całość działania współoskarżonego (…), a więc współdziałał z nim".

[557] Zob. w szczególności: R. Dębski, *Jeszcze o tzw. sprawstwie* ... [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…, 2006, s. 135-153; tenże, *O teoretycznych* …, 1998, s. 105-127; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004,

Nie wchodząc głębiej w analizę teoretycznoprawną – jako że wykraczałoby to poza ramy opracowania – warto wskazać, że zwolennicy wskazanej systematyzacji nie bez racji podnoszą, iż nie można zrównywać znaczenia takich normatywnych pojęć, jak „wykonanie czynu zabronionego", „kierowanie wykonaniem czynu zabronionego" i „polecanie wykonania czynu zabronionego", gdyż literalnie są to pojęcia różne, zaś realizacja znamion czynu zabronionego nie zawsze oznacza własnoręczne wykonanie czynu, czyli własnoręczne urzeczywistnienie znamion typu rodzajowego, określonych w przepisie zrębowym[558].

Przekonuje jednak stanowisko P. Kardasa, który upatruje w „kierowaniu wykonaniem czynu zabronionego" i „polecaniu wykonania czynu zabronionego" technicznych sposobów, form, odmian „wykonania czynu zabronionego", który to zwrot stanowi komponent definicyjny każdej z form sprawczego współdziałania[559]. Należy bowiem podzielić pogląd autora, zgodnie z którym element definicyjny sprawstwa pojedynczego w postaci sformułowania „wykonanie czynu zabronionego" wykorzystany jest dla charakterystyki wszystkich pozostałych odmian sprawstwa w ten sposób, że w przypadku jednosprawstwa wykonanie czynu następuje samodzielnie i niejako własnoręcznie, w odniesieniu do współsprawstwa zachodzi wykonanie czynu wspólnie i w porozumieniu z inną osobą, natomiast sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające sprowadzają się do realizacji czynności sprawczej poprzez kompleks zachowań dwóch albo więcej osób, z których przynajmniej jedna wykonuje czyn bezpośrednio, pozostając zarazem w specyficznej zależności od innej osoby, która kieruje jej zachowaniem albo wydaje polecenie wykonania określonego czynu zabronionego[560]. Tym samym wyrażona w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. konstrukcja sprawczego współdziałania w jej wszystkich trzech

s. 30-78; taż, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 3; Ł. Pohl, *Obiektywna* …, 2004, s. 287-293; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 153; Zob. też: wyr. SA w Łodzi z dnia 14 marca 2005 r., II AKa 267/04, LEX Nr 178025; Podział na „wykonawcze" i „niewykonawcze" odmiany sprawstwa przeprowadzają także: M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 225; Do wskazanego nazewnictwa nawiązują również: A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 676 i 704; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 66; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 140 i n.; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 186.

[558] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 59 i n.; taż, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 3; Ł. Pohl, *Obiektywna* …, 2004, s. 287-293; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 153.

[559] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 426-427.

[560] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 295; W literaturze prezentowane jest także nieco odmienne stanowisko akcentujące podział na wykonawcze oraz niewykonawcze odmiany sprawstwa, do których zalicza się sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające; Tak w szczególności: R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 121 i n.; tenże, *Jeszcze o tzw. sprawstwie* ... [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo* …, 2006, s. 135 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 30-78.

odmianach umożliwia uznanie za sprawcę nie tylko tego, kto fizycznie wykonuje czyn zabroniony: samodzielnie albo wspólnie i w porozumieniu z inną osobą, lecz także tego, kto nie zachowując się sam w sposób zabroniony przez przepis części szczególnej Kodeksu karnego albo tzw. przepis pozakodeksowy – kieruje wykonaniem tego czynu przez inną osobą (sprawstwo kierownicze) albo wykorzystując jej uzależnienie od siebie poleca jej wykonanie czynu zabronionego (sprawstwo polecające)[561].

Przyjęcie stanowiska prezentowanego przez P. Kardasa rodzi określone konsekwencje o podłożu teoretycznoprawnym. Jak bowiem podnosi autor objaśniając swe podejście: sednem wykonania czynu w formie sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego – jako że z tego czerpie bezprawność ów czyn – jest kompleks bezprawnych zachowań obydwu współdziałających (sprawcy kierowniczego albo polecającego oraz bezpośredniego wykonawcy), przekraczających normę o tej samej treści, wyrażającą nakaz bądź zakaz chroniący dobro w sposób określony w przepisie zrębowym; natomiast źródłem karalności czynu jest realizacja znamion typu, czerpanych z przepisu zrębowego, lecz zmodyfikowanych przez art. 18 § 1 zd. 3 albo 4 K.k., odczytywanych łącznie z przepisu zrębowego i tegoż przepisu części ogólnej[562]. Z ukazanej perspektywy oraz na potrzeby niniejszej pracy warto wyeksponować dwie istotne kwestie.

Po pierwsze, w przypadku sprawcy kierowniczego i sprawcy polecającego norma sankcjonowana nie ulega modyfikacji, a jedynie art. 18 § 1 zd. 3-4 K.k. modyfikuje karnoprawnie relewantny sposób jej przekroczenia. Toteż – nawiązując do omawianej już problematyki zasad zespołowego działania – jako że inny sposób przekroczenia normy wiąże się z koniecznością zastosowania innych reguł, w zarysowanym kontekście szczególnie uwidacznia się zjawisko wyodrębniania się i nabierania znaczenia innych, niż wynikających z aktualnej wiedzy medycznej wskazań, np. reguł właściwego kierowania pracą podwładnych, ostrożnego wydawania poleceń służbowych, tak aby zachowanie osób kierowanych albo adresatów polecenia nie prowadziło do kryminogennych skutków. Po drugie zaś – tym razem nawiązując do problematyki konstytutywnych elementów sprawstwa kierowniczego i sprawstwa polecającego będącej przedmiotem rozważań prezentowanych w kolejnych fragmentach niniejszej

[561] Por. M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 72.

[562] Zob. szerzej: P. Kardas, *Sprawstwo* …, 2006, s. 75 i n.; Odmiennie: Ł. Pohl, *Obiektywna* …, 2004, s. 287 i n.

pracy – *iter criminis* w ich przypadku nie kończy się na wykonaniu czynności „kierowania" albo „polecania", a wymaga urzeczywistnienia czynu przez bezpośredniego wykonawcę. Oznacza to pewnego rodzaju akcesoryjność; wykonanie czynu przez bezpośredniego wykonawcę stanowi warunek realizacji kompletu elementów konstytutywnych sprawstwa kierowniczego i sprawstwa polecającego. Ujmując kwestię obrazowo: bez wykonania nie ma kierowania wykonaniem; analogicznie – w przypadku sprawstwa polecającego.

3. Współsprawstwo w zespole medycznym

3.1. Konstytutywne elementy współsprawstwa z perspektywy czynów charakteryzujących się nieumyślnością

Konstytutywnymi elementami współsprawstwa są wspólne wykonanie czynu zabronionego (aspekt przedmiotowy) oraz porozumienie co do wspólnego wykonania czynu zabronionego (aspekt podmiotowy). Omówienie ich rozpocząć wypada od wyeksponowania dwóch elementów – składających się na omawianą figurę prawną – związanych ze „wspólnym wykonaniem czynu zabronionego", a mianowicie tego, że inkryminowani mają wspólnie wykonywać czyn zabroniony (z położeniem nacisku na zwrot „wspólne wykonanie"), oraz faktu, iż realizują oni czyn zabroniony (przy zaakcentowaniu, że ma to być realizacja „czynu zabronionego", nie zaś np. zamiaru popełnienia czynu zabronionego).

Odnosząc się do pierwszego obszaru problemowego warto przypomnieć, że – jak podnoszono na wcześniejszych etapach rozważań – z uwagi na położenie przez ustawodawcę szczególnego nacisku na kwestię „wspólnego wykonania" czynu zabronionego, zakładającego partycypację każdego ze współsprawców w procesie realizacji znamion typu rodzajowego, za współsprawstwo można uznać wyłącznie współsprawstwo równoległe, zachodzące, gdy każdy ze współdziałających samoistnie wypełnienia wszystkie znamiona czynu zabronionego oraz współsprawstwo dopełniające, polegające na wyczerpaniu przez jednego ze współdziałających wszystkich znamion i realizacji części znamion przez pozostałych albo na wypełnieniu przez poszczególnych współdziałających jedynie fragmentów czynu, prowadzące w sumie do urzeczywistnienia kompletnego zespołu jego znamion; z zastrzeżeniem jednoczesnego istnienia, w każdym ze wskazanych wariantów sytuacyjnych,

wymaganego normatywnie porozumienia spajającego jednostkowe zachowania we wspólne dzieło[563].

Z kolei odnosząc się do drugiego aspektu omawianego znamienia godzi się zauważyć – nieco wyprzedzając dalsze rozważania szczerzej poświęcone współsprawstwie do czynów nieumyślnych – że posłużenie się w art. 18 § 1 K.k. pojęciem „czyn zabroniony" – bez wyraźnego zawężenia do czynów charakteryzujących się umyślnością – sprawia, iż dopuszczalne jest doprecyzowanie tego zwrotu poprzez znamiona typu umyślnego albo poprzez znamiona typu nieumyślnego[564]. W konsekwencji wspólnie wykonanym czynem zabronionym może być także czyn charakteryzujący się nieumyślnością. Tym samym – biorąc pod uwagę specyfikę zarówno czynów umyślnych, jak i nieumyślnych – współsprawcom może towarzyszyć świadomość wszystkich znamion przedmiotowych czynu zabronionego i wola jego wykonania albo świadomość możliwości realizacji znamion czynu zabronionego i jednoczesne godzenie się na jego popełnienie. Możliwa jest jednak sytuacja odmienna, w której brak jest u współsprawców świadomości normatywnego znaczenia wspólnie wykonywanego czynu albo – pomimo zdawania sobie przez nich sprawy z możliwości popełnienia czynu – brak jest zamiaru jego popełnienia. A zatem w przypadku nieświadomej nieumyślności współsprawcom towarzyszy jedynie świadomość i wola wspólnego urzeczywistniania określonego przedsięwzięcia, które w wyobrażeniu współsprawców nie nosi znamion przestępstwa, choć możliwość popełnienia czynu zabronionego jest dla nich możliwa do przewidzenia. Natomiast w odniesieniu do świadomej nieumyślności u współsprawców występuje ponadto – poza świadomością i wolą wspólnego urzeczywistniania określonego przedsięwzięcia – świadomość możliwości popełnienia w ten sposób czynu zabronionego, o ile jednak jednocześnie żaden z nich nie chce zrealizować znamion czynu zabronionego ani się na to nie godzi. Z uwagi na fakt, że istotą nieumyślności w rozumieniu art. 9 § 2 K.k. jest niezachowanie wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, nastawienie współsprawców – zarówno w warstwie intelektualnej jak i woluntatywnej – należy odnosić do popełnienia czynu zabronionego na drodze naruszenia obowiązujących ich reguł ostrożnego

[563] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 300; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 305 oraz 311 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 958 i n.; Por. Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 30-31; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 259 i n.; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 275.

[564] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 476.

postępowania z dobrem prawnym, gdyż w tym aspekcie przejawia się atak na dobro prawne w przypadku czynów charakteryzujących się nieumyślnością. Jeśli chodzi o nieumyślne przestępstwa materialne, w przypadku świadomej nieumyślności współsprawcom musi towarzyszyć świadomość możliwości spowodowania – w wyniku wspólnego nieostrożnego zachowania – przestępnego skutku, jako że jest on jednym ze znamion przedmiotowych tego rodzaju przestępstw. Oczywiście świadomości możliwości spowodowania przestępnego skutku, nie może towarzyszyć jednocześnie nastawienie psychiczne charakterystyczne dla umyślności. Chęć popełnienia czynu zabronionego albo chociażby godzenie się na to przenosi czyn zrealizowany przy świadomości możliwości jego popełnienia z płaszczyzny świadomej nieumyślności w obszar realizacji znamion czynu w typie umyślnym. Warto przy tym nadmienić, że nie jest wykluczona także i taka sytuacja, w której nastawienie współsprawców – zarówno w warstwie intelektualnej jak i woluntatywnej – jest zróżnicowane. W tego rodzaju okolicznościach nie może być jednak mowy o współsprawstwie do czynu nieumyślnego w odniesieniu do współdziałających z zamiarem popełnienia czynu zabronionego.

A zatem za współsprawcę może zostać uznany ten tylko, kto chociażby w części wykonuje czyn zabroniony, a ponadto realizuje jego znamiona mając świadomość i wolę urzeczywistniania określonego przedsięwzięcia (w jego świadomości – niekoniecznie przestępnego) oraz jednocześnie łączy go z innymi współdziałającymi nić porozumienia, tj. subiektywna więź, spajająca w całość wspólnie podejmowane zachowania i sprawiająca, że urzeczywistnienie owego przedsięwzięcia można określić mianem wspólnego[565]. Stąd jako współsprawstwa nie należy kwalifikować realizacji znamion czynu zabronionego w warunkach tzw. sprawstwa równoległego, obejmującego przypadki zachowań dwóch albo więcej osób zachodzących w tym samym miejscu i czasie, których nie łączy jednak porozumienie ani świadomość i wola wspólnego podejmowania określonych zachowań[566]. Sytuacje tego rodzaju mogą być rozpatrywane

[565] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 478 oraz 480 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 305 i n.; Zob. też: A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 48 i n. oraz 52 i n.; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298-299; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 42; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 273.

[566] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298 i n.; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 90; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 300 i 311; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 231.

co najwyżej w kategoriach przypadkowego zbiegu sprawstw pojedynczych, ewentualnie niesprawczych form współdziałania.

Jako że ustawa karna nie dookreśla formy porozumienia wypada z tego wnioskować o pewnej dowolności w tym względzie[567]. W omawianym kontekście wskazuje się, że porozumienie może mieć charakter sformalizowany, w tym ustny lub pisemny[568]. Niemniej – oprócz wyraźnych ustaleń – dopuszczalne jest jego osiągnięcie także w sposób milczący, dorozumiany, na drodze zachowań konkludentnych[569]

---

[567] A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 52 i n.; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298 i n.; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 967; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261 i 263; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 273; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 449.

[568] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261.

[569] Zob. w zakresie literatury: L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 194; W. Mącior, *Postacie* …, 1971, s. 752; A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 52; tenże, *Formy* …, 1998, s. 95; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 237; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 233; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 416; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 125 i 126; I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 220; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 103; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 174; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 305-306 i 307; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 967; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 232; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 159; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 273; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 321; tenże, *Formy* …, 2013, s. 130; A. Marek, *Prawo* …, 2011, s. 205; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 695; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 157; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 93; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 449; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 133; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 188; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 33; Zob. w zakresie orzecznictwa SN: wyr. SN z dnia 22 lutego 1972 r., II KR 107/71, LEX Nr 21458; wyr. SN z dnia 10 września 1979 r., III KR 154/79, LEX Nr 17196; wyr. SN z dnia 15 maja 2001 r., V KKN 730/98, LEX Nr 52008; wyr. SN z dnia 12 grudnia 2002 r., III KKN 371/00, LEX Nr 74395; wyr. SN z dnia 13 maja 2008 r., IV KK 489/07, OSNwSK 2008, Nr 1, poz. 1061; wyr. SN z dnia 5 lutego 2013 r., II KK 139/12, LEX Nr 1288659; post. SN z dnia 17 grudnia 2014 r., II KK 328/14, LEX Nr 1628918; post. SN z dnia 5 lipca 2018 r., V KK 206/18, LEX Nr 2521706; post. SN z dnia 13 marca 2019 r., II KK 217/18, LEX Nr 2633631; Zob. w zakresie orzecznictwa SA: wyr. SA w Krakowie z dnia 8 października 1992 r., II AKr 92/92, LEX Nr 27743; wyr. SA w Krakowie z dnia 28 stycznia 1998 r., II AKa 254/97, LEX Nr 33810; wyr. SA w Lublinie z dnia 15 czerwca 2000 r., II AKa 70/00, LEX Nr 46983; wyr. SA w Łodzi z dnia 11 października 2000 r., II AKa 120/00, LEX Nr 46985; wyr. SA w Łodzi z dnia 23 listopada 2000 r., II AKa 169/00, LEX Nr 47742; wyr. SA w Krakowie z dnia 15 stycznia 2003 r., II AKa 353/02, LEX Nr 78603; wyr. SA w Warszawie z dnia 22 lipca 2003 r., II AKa 305/03, LEX Nr 84139; wyr. SA w Krakowie z dnia 9 czerwca 2004 r., II AKa 111/04, LEX Nr 138073; wyr. SA w Katowicach z dnia 30 grudnia 2004 r., II AKa 435/04, LEX Nr 151782; wyr. SA w Białymstoku z dnia 15 września 2005 r., II AKa 126/05, OSAB 2005, Nr 3, poz. 27; wyr. SA w Łodzi z dnia 3 października 2006 r., II AKa 139/06, LEX Nr 245353; wyr. SA w Katowicach z dnia 20 września 2007 r., II AKa 280/07, LEX Nr 370393; wyr. SA w Katowicach z dnia 20 września 2007 r., II AKa 290/07, LEX Nr 377765; wyr. SA w Lublinie z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 91/08, LEX Nr 453973; wyr. SA w Katowicach z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 147/08, LEX Nr 526730; wyr. SA w Krakowie z dnia 16 kwietnia 2009 r., II AKa 47/09, LEX Nr 527437; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 2 lutego 2012 r., II AKa 414/11, LEX Nr 1112422; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 29 marca 2012 r., II AKa 73/12, LEX Nr 1133368; wyr. SA w Lublinie z dnia 26 lipca 2012 r., II AKa 158/12, LEX Nr 1213856; wyr. SA w Krakowie z dnia 30 sierpnia 2012 r., II AKa 140/12, LEX Nr 1236870; wyr. SA w Krakowie z dnia 18 grudnia 2012 r., II AKa 190/12, LEX Nr 1307445; wyr. SA w Białymstoku z dnia 14 lutego 2013 r., II AKa 6/13, LEX Nr 1292647; wyr. SA

(np. poprzez wymianę spojrzeń lub gestów[570]).

W literaturze i orzecznictwie akcentuje się również, że współsprawcy nie muszą się wcześniej znać[571] ani bezpośrednio kontaktować[572]. Kwestią dyskusyjną pozostaje natomiast to, czy powinni być oni dla siebie równorzędnymi partnerami[573]; choć w takim przypadku, jak można ocenić, decyduje sposób realizacji znamion czynu zabronionego („wspólnie i w porozumieniu"), nie zaś samo pozostawanie w pozycji charakterystycznej dla chociażby sprawstwa kierowniczego albo polecającego (np. posiadanie pozycji dominującej, pozostawanie w stosunku podległości). Na marginesie nadmienić można,

w Warszawie z dnia 15 lutego 2013 r., II AKa 367/12, LEX Nr 1294862; wyr. SA w Gdańsku z dnia 14 marca 2013 r., II AKa 27/13, LEX Nr 1298874; wyr. SA w Gdańsku z dnia 21 sierpnia 2013 r., II AKa 246/13, LEX Nr 1415869; wyr. SA w Olsztynie z dnia 26 września 2013 r., II K 156/13, LEX Nr 1715733; wyr. SA w Krakowie z dnia 10 października 2013 r., II AKa 111/13, LEX Nr 1444532; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 12 grudnia 2013 r., II AKa 308/13, LEX Nr 1416457; wyr. SA w Warszawie z dnia 7 lutego 2014 r., II AKa 427/13, LEX Nr 1430873; wyr. SA w Lublinie z dnia 4 czerwca 2014 r., II AKa 80/14, LEX Nr 1488655; wyr. SA w Łodzi z dnia 7 października 2014 r., II AKa 203/14, LEX Nr 1649260; wyr. SA w Krakowie z dnia 28 kwietnia 2015 r., II AKa 41/15, LEX Nr 1711425; wyr. SA w Krakowie z dnia 9 września 2015 r., II AKa 127/15, LEX Nr 1997872; wyr. SA w Lublinie z dnia 29 września 2015 r., II AKa 199/15, Legalis Nr 1378457; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 17 listopada 2015 r., II AKa 282/15, LEX Nr 1963882; wyr. SA w Lublinie z dnia 16 marca 2016 r., II AKa 23/16, LEX Nr 2044261; wyr. SA w Białymstoku z dnia 24 maja 2016 r., II AKa 64/16, LEX Nr 2136991; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 maja 2016 r., II AKa 53/16, LEX Nr 2292468; wyr. SA w Warszawie z dnia 28 września 2016 r., II AKa 214/16, LEX Nr 2171232; wyr. SA w Białymstoku z dnia 4 listopada 2016 r., II AKa 89/16, Legalis Nr 1564493; wyr. SA w Krakowie z dnia 27 czerwca 2017 r., II AKa 46/17, KZS 2017, Nr 9, poz. 45; wyr. SA w Gdańsku z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 222/17, Legalis Nr 1714252; wyr. SA w Katowicach z dnia 21 grudnia 2017 r., II AKa 490/17, LEX Nr 2480857; wyr. SA w Warszawie z dnia 21 marca 2018 r., II AKa 13/18, LEX Nr 2502575; wyr. SA w Lublinie z dnia 10 maja 2018 r., II AKa 99/18, LEX Nr 2506493; wyr. SA w Krakowie z dnia 14 czerwca 2018 r., II AKa 60/18, KZS 2018, Nr 7-8, poz. 51; wyr. SA w Warszawie z dnia 18 października 2018 r., II AKa 169/18, LEX Nr 2622690.

[570] L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 93; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 157; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 133.

[571] Zob. K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 416; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 125; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 103; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 174; Zob. też: wyr. SA w Warszawie z dnia 22 lipca 2003 r., II AKa 305/03, LEX Nr 84139; wyr. SA w Krakowie z dnia 18 grudnia 2012 r., II AKa 190/12, LEX Nr 1307445.

[572] Zob. A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 174; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 159; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 188; Zob. też: wyr. SN z dnia 12 grudnia 2002 r., III KKN 371/00, LEX Nr 74395; wyr. SA w Warszawie z dnia 22 lipca 2003 r., II AKa 305/03, LEX Nr 84139; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160; wyr. SA w Krakowie z dnia 18 grudnia 2012 r., II AKa 190/12, LEX Nr 1307445; wyr. SA w Krakowie z dnia 10 października 2013 r., II AKa 111/13, LEX Nr 1444532; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 12 grudnia 2013 r., II AKa 308/13, LEX Nr 1416457; wyr. SA w Lublinie z dnia 16 marca 2016 r., II AKa 23/16, LEX Nr 2044261; wyr. SA w Gdańsku z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 222/17, Legalis Nr 1714252; wyr. SA w Lublinie z dnia 10 maja 2018 r., II AKa 99/18, LEX Nr 2506493.

[573] A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 52-53, tenże, *Formy* …, 1998, s. 95; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 237; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 233; Odmiennie: G. Rejman, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe* …, 1972, s. 170.

że dla bytu współsprawstwa nie jest wymagane, aby każdy wniósł równorzędny wkład w wykonanie czynu zabronionego[574].

Słusznie podnosi się, że porozumienie może być zawarte zarówno przed przystąpieniem do realizacji wspólnego przedsięwzięcia, jak i w jego trakcie[575] – w szczególności pod wpływem dynamicznego rozwoju zdarzeń, który dyktuje bądź wręcz wymusza nagłe i spontaniczne decyzje oraz działania[576] – najpóźniej jednak w momencie realizacji działań sprawczych[577].

---

[574] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 319; post. SN z dnia 13 marca 2019 r., II KK 217/18, LEX Nr 2633631.

[575] Zob. w zakresie literatury: L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 193; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks* …, 1977, s. 63; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 416; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 125; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 103; M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 374; A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 95; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 237; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 233; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 306-307; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 967; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 71; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 205; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 321; tenże, *Formy* …, 2013, s. 130; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 69; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 698-699; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 449; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 133; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 188-189; Zob. w zakresie orzecznictwa SN: wyr. SN z dnia 22 lutego 1972 r., II KR 107/71, LEX Nr 21458; wyr. SN z dnia 13 maja 2008 r., IV KK 489/07, OSNwSK 2008 Nr 1, poz. 1061; wyr. SN z dnia 21 grudnia 2011 r., III KK 208/11, LEX Nr 1119511; wyr. SN z dnia 5 lutego 2013 r., II KK 139/12, LEX Nr 1288659; post. SN z dnia 5 lipca 2018 r., V KK 206/18, LEX Nr 2521706; Zob. w zakresie orzecznictwa SA: wyr. SA w Krakowie z dnia 20 lutego 1992 r., II AKr 1/92, LEX Nr 27727; wyr. SA w Krakowie z dnia 8 października 1992 r., II AKr 92/92, LEX Nr 27743; wyr. SA w Łodzi z dnia 4 marca 1998 r., II AKa 15/98, LEX Nr 35575; wyr. SA w Lublinie z dnia 15 czerwca 2000 r., II AKa 70/00, LEX Nr 46983; wyr. SA w Łodzi z dnia 3 października 2006 r., II AKa 139/06, LEX Nr 245353; wyr. SA w Katowicach z dnia 20 września 2007 r., II AKa 280/07, LEX Nr 370393; wyr. SA w Katowicach z dnia 20 września 2007 r., II AKa 290/07, LEX Nr 377765; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 2 lutego 2012 r., II AKa 414/11, LEX Nr 1112422; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 29 marca 2012 r., II AKa 73/12, LEX Nr 1133368; wyr. SA w Krakowie z dnia 30 sierpnia 2012 r., II AKa 140/12, LEX Nr 1236870; wyr. SA w Warszawie z dnia 6 listopada 2012 r., II AKa 289/12, LEX Nr 1238297; wyr. SA w Białymstoku z dnia 4 lutego 2013 r., II AKa 246/12, LEX Nr 1313215; wyr. SA w Gdańsku z dnia 20 czerwca 2013 r., II AKa 170/13, LEX Nr 1388780; wyr. SA w Olsztynie z dnia 26 września 2013 r., II K 156/13, LEX Nr 1715733; wyr. SA w Warszawie z dnia 4 lutego 2015 r., II AKa 418/14, LEX Nr 1649110; wyr. SA w Warszawie z dnia 12 sierpnia 2015 r., II AKa 167/15, LEX Nr 1794402; wyr. SA w Krakowie z dnia 9 września 2015 r., II AKa 127/15, LEX Nr 1997872; wyr. SA w Gdańsku z dnia 14 stycznia 2016 r., II AKa 423/15, LEX Nr 2017750; wyr. SA w Gdańsku z dnia 25 maja 2016 r., II AKa 53/16, LEX Nr 2292468; wyr. SA w Gdańsku z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 222/17, Legalis Nr 1714252.

[576] Zob. post. SN z dnia 16 stycznia 2018 r., IV KK 210/17, LEX Nr 2449677; post. SN z dnia 13 marca 2019 r., II KK 217/18, LEX Nr 2633631; Zob. też: wyr. SA we Wrocławiu z dnia 27 sierpnia 2015 r., II AKa 197/15, LEX Nr 1857375; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 9 marca 2017 r., II AKa 28/17, OSA 2017, Nr 6, poz. 31-66; wyr. SA we Wrocławiu z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 214/17, LEX Nr 2381448; wyr. SA w Warszawie z dnia 22 grudnia 2017 r., II AKa 395/17, LEX Nr 2444488; wyr. SA w Warszawie z dnia 18 lipca 2018 r., II AKa 183/18, LEX Nr 2555952.

[577] Zob. wyr. SA w Krakowie z dnia 15 stycznia 2003 r., II AKa 353/02, LEX Nr 78603; wyr. SA w Krakowie z dnia 9 czerwca 2004 r., II AKa 111/04, LEX Nr 138073; wyr. SA w Katowicach z dnia 30 grudnia 2004 r., II AKa 435/04, LEX Nr 151782; wyr. SA w Krakowie z dnia 15 kwietnia 2008 r., II AKa 210/07, LEX Nr 452567; wyr. SA Katowicach z dnia 22 sierpnia 2012 r., II AKa 245/12, LEX Nr 1258292; wyr. SA w Krakowie z dnia 18 grudnia 2012 r., II AKa 190/12, LEX Nr 1307445; wyr. SA

Wartym podkreślenia jest wspomniana już świadomość i wola wspólnej działalności[578], pozostająca kluczową kwestią dla wyznaczenia granic wzajemnej przypisywalności[579], w tym w przypadku ekscesu, za który odpowiada wszak ten, kto wyszedł poza ramy porozumienia[580].

Porozumienie jest odniesione w swojej ustawowej definicji do wspólnego wykonania czynu zabronionego, stąd można wnioskować, że ma się ono sprowadzać do strony przedmiotowej czynu zabronionego, w szczególności zaś do jego warstwy techniczno-wykonawczej, w tym uzgodnienia zachowań prowadzących do realizacji wspólnego przedsięwzięcia oraz podziału ról w tym zakresie[581]. Brak z kolei odniesienia do strony podmiotowej czynu obejmowanego porozumieniem pozwala przyjąć, że ustawowa definicja porozumienia nie determinuje wymogu, aby jego przedmiotem był wspólny zamiar, co oznacza, że zawarcia porozumienia nie należy utożsamiać z powzięciem zamiaru[582]. Jak już bowiem wskazywano – w kontekście omawiania zwrotu „czyn zabroniony" z perspektywy jego wspólnej realizacji przez współsprawców – wykonanie czynu zabronionego może oznaczać realizację znamion zarówno typu

w Warszawie z dnia 15 lutego 2013 r., II AKa 367/12, LEX Nr 1294862; wyr. SA w Krakowie z dnia 10 października 2013 r., II AKa 111/13, LEX Nr 1444532; wyr. SA w Warszawie z dnia 7 lutego 2014 r., II AKa 427/13, LEX Nr 1430873; wyr. SA w Białymstoku z dnia 24 maja 2016 r., II AKa 64/16, LEX Nr 2136991; wyr. SA w Białymstoku z dnia 4 listopada 2016 r., II AKa 89/16, Legalis Nr 1564493; wyr. SA w Krakowie z dnia 14 czerwca 2018 r., II AKa 60/18, KZS 2018, Nr 7-8, poz. 51.

[578] A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 95; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 237; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 233; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 157; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 273-274; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 687 i 695-696; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 133; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 187; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 31-32.

[579] I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 220; L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 194; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 93; A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 92-93; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 235-236; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 231-232; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 157-158 i 159; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 273; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 71-72; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 685-688, 695 i 698-699; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 449; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 132-133; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 187; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 30.

[580] A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 61 i n.; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 93; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 159; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 276; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 138-139; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 189.

[581] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 95; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 237; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 233; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 307 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 967; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 53 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261.

[582] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 308 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 53 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261.

umyślnego, jak i nieumyślnego. Tak samo porozumienie odnosić można zarówno do wspólnego wykonania umyślnego czynu zabronionego, jak i do wspólnego wykonania nieumyślnego czynu zabronionego. Może być ono wprawdzie ukierunkowane na jednoznacznie normatywnie scharakteryzowane zdarzenie, którego kryminogenność jest w pełni uświadomiona przez umawiające się osoby, a jego urzeczywistnienie jest przez nie akceptowane, a niekiedy wręcz oczekiwane; może jednak „obejmować tylko mniej lub bardziej dokładnie sprecyzowane zachowania umawiających się podmiotów, którym nie towarzyszy świadomość ich normatywnego znaczenia", choć obiektywnie realizacja porozumienia oznacza *de facto* wypełnienie znamion czynu zabronionego, zaś uświadamiania sobie tego faktu można od wchodzących w porozumienie oczekiwać[583]. Innymi słowy, z racji odniesienia porozumienia do wspólnego wykonania czynu zabronionego, należy rozumieć je jako uzgodnienie przyszłych zachowań związanych z planowanym przez nich przedsięwzięciem, niekoniecznie jawiących się osobom partycypujących w uzgodnieniach jako zachowania kryminogenne. Prawdopodobne jest wystąpienie również i takiej sytuacji, w której umawiający się – choć mają świadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego na drodze urzeczywistnienia zachowań objętych porozumieniem – nie chcą ani nie godzą się na popełnienie czynu zabronionego, lecz jednocześnie ich założenie, że do popełnienia czynu zabronionego nie dojdzie jest, obiektywnie rzecz ujmując, bezpodstawne. Rzecz jasna nie można wykluczyć zajścia także takich okoliczności, w których wchodzący w porozumienie nie zdają sobie sprawy z normatywnego znaczenia zachowań będących jego treścią, a tym bardziej z kryminogenności samego procesu umawiania się, gdyż nie jest to dla nich możliwe do przewidzenia. Toteż, jak słusznie podnosi P. Kardas, w zależności od „konkretnego układu okoliczności faktycznych porozumienie jako konstytutywny element współsprawstwa może być tożsame z zamiarem wspólnego popełnienia czynu zabronionego, może jednak oznaczać coś zupełnie innego"[584]. Nieco wyprzedzając szerszą analizę w tym względzie – przedstawioną w dalszej części rozważań poświęconych formule współsprawstwa do czynu nieumyślnego – wypada w tym miejscu odnotować, że świadomości i woli wejścia w porozumienie nie należy utożsamiać ze świadomością kryminogenności zachowania objętego porozumieniem,

[583] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 474; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 308; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 968; Tak też: A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 55; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 58; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 263.

[584] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 474.

ani tym bardziej z wolą popełnienia czynu zabronionego. Czym innym jest również nastawienie psychiczne sprawców z chwili wejścia w porozumienie, a czym innym przeżycia w momencie wykonywania samego czynu, stanowiącego urzeczywistnienie powziętych wcześniej wspólnych ustaleń.

3.2. Problematyka współsprawstwa do czynu nieumyślnego

Współcześnie możliwość zastosowania konstrukcji współsprawstwa w odniesieniu do czynów charakteryzujących się nieumyślnością nie jest już kwestią dyskusyjną, choć w niektórych opracowaniach, zwłaszcza wcześniejszych, można odnaleźć w tym zakresie stanowiska krytyczne[585]. Nieco wyprzedzając bardziej szczegółowy przegląd literatury przedmiotu, tytułem wprowadzenia warto zasygnalizować, że jej analiza z perspektywy historycznej skłania do przekonania, iż wypowiedzi na temat niedopuszczalności nieumyślnego współsprawstwa formułowane są głównie na gruncie poprzednio obowiązujących ustaw karnych[586]. Niemniej jeszcze pod rządami Kodeksu karnego z 1969 r. głosy za zasadnością posługiwania się figurą współsprawstwa w przypadku nieumyślności, zdają się przeważać[587]. W aktualnym stanie prawnym odmienne zapatrywania w tym względzie można uznać za zupełnie odosobnione[588]. Poza jednak zarysowaniem samej tendencji wykładniczej w tej materii

---

[585] Próba wykazania tak postawionej tezy podjęta zostanie poprzez dokonanie przeglądu literatury przedmiotu. Punkt wyjścia tegoż przeglądu stanowić będzie piśmiennictwo karnistyczne. Natomiast analiza stanowisk prezentowanych w literaturze poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych przedstawiona zostanie odrębnie – w końcowej części bieżących rozważań.

[586] Stanowisko krytyczne w poprzednim stanie prawnym wyraża: W. Świda, *Prawo karne*, Warszawa 1966, s. 207-208; tenże, *Prawo* …, 1978, s. 222; tenże, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 221; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny* …, 1977,, s. 64; A. Gubiński, *Zasady* …, 1980, s. 242; H. Popławski, *Problematyka* …, 1987, s. 53 i n.; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 103; M. Filar, *Postacie zjawiskowe przestępstwa w projektach kodeksu karnego lat 1980-1990*, PPK 1992, Nr 6, s. 37-38; Krytycznie na gruncie obecnej ustawy karnej: B. J. Stefańska [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2018, s. 228 i 230-231.

[587] Stanowisko aprobujące jeszcze pod rządami Kodeksu karnego z 1969 r. wyrażają: L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 193; L. Tyszkiewicz, *Glosa do wyroku SN z dnia 22 listopada 1971 r.*, Rw 1202/71, PiP 1972, Nr 8-9, s. 269; I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1970, s. 156; tenże, *Polskie* …, 1986, s. 220-221; tenże, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1989, s. 230; tenże, *Sprawstwo* …, 1988, s. 129; W. Wolter, *Glosa do wyroku SN z dnia 20 maja 1971 r., I KR 63/71*, OSPiK 1972, Nr 5, s. 222 i n.; tenże [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 93; tenże, N*auka o przestępstwie* ..., 1973, s. 299-300; A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw nieumyślnych*, AUMCS – Sectio G 1975, Nr 15, s. 229 i n.; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 123 i n.; K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 417; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1990, s. 97; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 126; D. Załucki, *Współsprawstwo, podżeganie i pomocnictwo a przestępstwa nieumyślne*, PP 1985, Nr 6, s. 73; M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 374; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298-300.

[588] Por. w zakresie stanowiska aprobującego: A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 96 i n.; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 238 i n.; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 234 i n.; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 175; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472-478;

– przed przejściem do zaprezentowania stanowiska własnego – przybliżyć wypada, jak kształtują się poglądy polskiej doktryny prawa karnego na przestrzeni czasu, w szczególności zaś po dacie wprowadzenia do ustawy karnej instytucji współsprawstwa.

Rozpoczynając od argumentów podnoszonych na poparcie stanowiska krytycznego, trzeba już na wstępie zauważyć, że autorzy je prezentujący w znakomitej większości nie rozwijają szerzej stawianych tez, jako że niejednokrotnie rozważania te mają charakter zaledwie marginesowy[589]. W poszukiwaniu jednak wspólnego mianownika dla tej grupy poglądów można sprowadzić je zasadniczo do twierdzenia formułowanego przez K. Mioduskiego, wedle którego „skoro współsprawstwo wymaga m.in. uzgodnienia woli co do popełnienia wspólnymi siłami zamierzonego przestępstwa, to *ex definitione* wyłączone jest współsprawstwo, jeśli chodzi o przestępstwa nieumyślne”[590]. W ten nurt wpisuje się również wypowiedź H. Popławskiego, którą – z dbałości o precyzyjne przedstawienie toku myślenia jej autora – warto przytoczyć w szerszym kontekście. Mianowicie, jak podnosi ten przedstawiciel nauki: „istotą porozumienia jest uzgodnienie treści porozumienia oraz świadomość i wola wszystkich partnerów (współsprawców) realizacji postanowień tego porozumienia. Niezależnie więc od tego, czy porozumienie dotyczy przestępstwa, zachowania prawnie obojętnego, pożytecznego i akceptowanego społecznie, czy też nieakceptowanego i niepożądanego społecznie, jego treść jest zawsze jednakowa, zawsze towarzyszy mu nastrój woli wyrażający się w zamiarze realizacji postanowień wynikających z danego porozumienia.

---

tenże, *Istota* …, 2005, s. 39; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 308 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 967 i n.; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 234; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 54; taż, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 34-36; J. Wojciechowski, *Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo*, Warszawa 2002, s. 56; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 90; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 97; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 161-162; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 276-277; A. Grześkowiak (red.), *Prawo* …, 2007, s. 139-140; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 72; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 207-208; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 323; tenże, *Formy* …, 2013, s. 131; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 69-70; B. Namysłowska-Gabrysiak, *Prawo karne – część ogólna*, Warszawa 2011, s. 85; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2011, s. 256; ciż, *Polskie* …, 2014, s. 261; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 71; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 94; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 158; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 161; tenże [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 189; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 158; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 696-697; tenże [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116*, Warszawa 2017, s. 438-439; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 139; Zob. też aprobująco w orzecznictwie: post. SN z dnia 11 stycznia 2017 r., IV KK 285/16, LEX Nr 2254801; Por. w zakresie stanowiska krytycznego: B. J. Stefańska [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 228 i 230-231.

[589] W. Świda, *Prawo* …, 1966, s. 207-208; tenże, *Prawo* …, 1978, s. 222; tenże, *Prawo* …, 1986, s. 221; A. Gubiński, *Zasady* …, 1980, s. 242; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 103.

[590] K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny* …, 1977, s. 64.

Jest to zasadnicza przeszkoda do dopuszczenia konstrukcji współsprawstwa w przestępstwach nieumyślnych, które charakteryzują się przecież brakiem zamiaru po stronie sprawcy lub współsprawców. Tam bowiem, gdzie brak jest wspólnego zamiaru, owej więzi psychicznej łączącej współsprawców, tam nie może być także mowy o jakimkolwiek współsprawstwie nawet w sensie prakseologicznym, które na gruncie prawa karnego, a zwłaszcza w odniesieniu do przestępstw nieumyślnych, nie ma zastosowania. (…) Oznacza to, że porozumienie, które jest warunkiem wspólnego wykonania przestępstwa, tj. w ramach współsprawstwa, nie może dotyczyć innych zachowań prócz takich, które wspólnymi siłami mają zmierzać wprost do realizacji uzgodnionego przestępstwa”[591]. Tak też wypowiada się B. J. Stefańska, której zdaniem „porozumienie jako warunek istnienia współsprawstwa oznacza, że wymagane jest działanie umyślne”, w związku z czym „nie jest możliwe współsprawstwo przestępstw nieumyślnych”[592].

Jeśli chodzi natomiast o grono autorów dopuszczających współsprawstwo czynów nieumyślnych, to jako pierwszy – jeszcze w okresie obowiązywania Kodeksu karnego z 1932 r. – do problematyki elementów strony podmiotowej współsprawstwa w badanym kontekście, odnosi się L. Tyszkiewicz[593]. Formułuje on nowatorską podówczas tezę, zgodnie z którą „każdy ze współsprawców musi działać z winą charakterystyczną dla danego przestępstwa”, a następnie rozwija tę myśl w słowach: „Dopuszczalne dzielenie między współsprawców znamion przedmiotowych przestępstwa nie jest możliwe przy winie. Tutaj u każdego ze współsprawców musi wystąpić komplet elementów wymaganych dla istoty winy umyślnej czy nieumyślnej. Tak więc przy przestępstwie umyślnym współsprawca musi działać z winą umyślną, przy przestępstwie nieumyślnym – z winą nieumyślną”[594]. Jak ocenia autor: „W świetle tego co już powiedziano, co najmniej bardzo nieścisłe jest twierdzenie, iż współsprawców «łączy wspólny zamiar». Nie jest prawdą, że współsprawcy kierują się jednym zamiarem. Zamiar jest przeżyciem psychicznym, którego podmiotem może być tylko człowiek. Kolektyw czy grupa ludzi, nawet o dużej spoistości, nie może być przedmiotem przeżycia psychicznego. U poszczególnych członków grupy mogą występować zamiary o jednakowej treści i sile, lecz nie może być tu mowy o tożsamości. Natomiast cel, którym

[591] H. Popławski, *Problematyka* …, 1987, s. 58-59.

[592] B. J. Stefańska [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 228 i 230.

[593] L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 122-125 oraz 132-133.

[594] Tamże, s. 123.

jest przyszły stan rzeczy musi być dla wszystkich ten sam. (…) Cel jest jeden, lecz zamiarów tyle ile jest osób uczestniczących we współsprawstwie”[595]. Zdaniem L. Tyszkiewicza dążenie przez współdziałających do wspólnego celu, rozumianego jako zmierzanie do realizacji określonego stanu rzeczy, jest zasadniczą cechą współsprawstwa[596]. Sprowadzenie takiego stanu rzeczy może stanowić czyn zabroniony, niemniej „nie jest definicją współsprawstwa wykluczona sytuacja, w której współsprawcy dążą do realizacji celu nie będącego przestępstwem, a jedynie przy okazji realizacji tego celu dopuszczają się przestępstwa nieumyślnego”[597]. Tytułem ilustracji przytacza autor przypadek dwóch robotników, którzy w trakcie budowy przy pomocy zbyt słabej liny wciągają na piętro belkę, w wyniku upadku której ginie człowiek[598]. Zaprezentowane stanowisko L. Tyszkiewicz podtrzymuje także na gruncie kolejnych ustaw karnych[599]. Pod rządami Kodeksu karnego z 1969 r. rozwija on wyrażony wcześniej pogląd podkreślając, że uzgodnione przez współsprawców zachowania mogą być różnej natury: mogą to być zachowania podyktowane zamiarem popełnienia przestępstwa, lecz mogą to być także zachowania z natury swej nieprzestępne, niemniej prowadzące do nieumyślnego spowodowania penalizowanego skutku, jak np. niestaranne wykonanie robót przez brygadę montażową, w wyniku czego dochodzi do katastrofy budowlanej[600]. Jak podnosi autor, trudno zaprzeczyć temu, że w podanym układzie okoliczności faktycznych dochodzi do współsprawstwa, choć „osoby współdziałające może obciążać tylko wina nieumyślna”[601]. Również w komentarzu do art. 18 K.k. uznaje on współsprawstwo za dopuszczalne przy przestępstwach nieumyślnych, dodając jednocześnie, że wówczas „porozumienie odnosi się do przedsięwzięcia, w którym nie zachowuje się ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”[602]. W tym tonie utrzymane są także rozważania autora przedstawione w podręczniku pod redakcją T. Dukiet-Nagórskiej, w którym przeczytać można, że w przypadku współsprawstwa do czynów nieumyślnych porozumienie obejmuje wykonanie czynności nieostrożnej,

[595] L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 124.

[596] Tamże, s. 132.

[597] Tamże.

[598] Tamże, s. 133.

[599] L. Tyszkiewicz, *Glosa* …, 1971, s. 269; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 71; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 94.

[600] L. Tyszkiewicz, *Glosa* …, 1971, s. 269.

[601] Tamże.

[602] L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 71; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 94.

z jaką łączy się u każdego ze współdziałających przewidywanie bądź możliwość przewidzenia ewentualności popełnienia czynu zabronionego[603].

Za zwolennika stosowania konstrukcji współsprawstwa na gruncie przestępstw nieumyślnych można uznać także L. Lernella, polemizującego z poglądem, wedle którego działanie w porozumieniu należy rozumieć jako wzajemne uzgodnienie zamiaru przestępnego, „synchronizację zamiarów przestępnych powziętych przez kilka osób"[604]. W ocenie autora, takie ujęcie musiałoby prowadzić do przekonania, że współsprawstwo może zachodzić tylko w odniesieniu do przestępstw umyślnych, podczas gdy zagłębienie się w sens zjawiska współsprawstwa na tle art. 16 d.K.k. do takiego wniosku nie uprawnia[605]. Gdy bowiem robotnicy na budowie zrzucają cegły na chodnik, działają oni nieumyślnie – lekkomyślnie, jeśli przewidują możliwość ugodzenia przechodnia, a bezpodstawnie przypuszczają, że tego unikną[606]. Jak podnosi L. Lernell w dalszej części rozważań, „między nimi może istnieć właśnie zmowa co do takiego lekkomyślnego zachowania", jako że zawiązuje się między nimi pewnego rodzaju „więź psychiczna o treści motorycznej", która „przebiega w ich świadomości, w ich wspólnej wadliwej kalkulacji prawdopodobieństwa spowodowania uszkodzenia ciała czy śmierci"[607].

W tym tonie wypowiada się również I. Andrejew. Wskazuje on mianowicie, że współsprawstwo możliwe jest nie tylko w zakresie czynów umyślnych, lecz również nieumyślnych[608], powołując się przy tym na przytaczany w literaturze przykład pracowników budowlanych lekkomyślnie zrzucających ciężki przedmiot z rusztowania budynku[609]. Autor zastrzega jednak, że w tego rodzaju przypadkach porozumienie dotyczy samego zachowania się, nie zaś wywołania skutku[610].

---

[603] L. Tyszkiewicz [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 158.

[604] L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 193.

[605] Tamże.

[606] Tamże.

[607] Tamże.

[608] I. Andrejew, *Polskie* …, 1970, s. 156; tenże, *Polskie* …, 1986, s. 220; tenże, *Polskie* …, 1989, s. 230.

[609] I. Andrejew, *Polskie* …, 1986, s. 221; I. Andrejew, *Polskie* …, 1989, s. 230.

[610] I. Andrejew, *Polskie* …, 1970, s. 156; tenże, *Polskie* …, 1986, s. 220; tenże, *Polskie* …, 1989, s. 230.

Wśród pierwszych autorów opowiadających się za dopuszczalnością stosowania formuły współsprawstwa do czynów nieumyślnych jest również W. Wolter[611]. Jego zdaniem, z reguły współsprawstwo występuje w związku z czynami umyślnymi, jednakże możliwe jest ono również w przypadku przestępstw nieumyślnych, jeżeli dwie osoby wspólnymi siłami doprowadzają do wykonania czynu zabronionego w wyniku wspólnej im nieostrożności[612]. Jako przykład takiej sytuacji autor podaje po pierwsze – próbę zawładnięcia bronią palną przez dwie osoby, w wyniku czego pada śmiertelny strzał w kierunku osoby trzeciej, a po drugie – zranienie przechodnia przez dwóch pracowników remontowych na skutek nieostrożnego zrzucenia belki z elewacji budynku[613]. Jednocześnie W. Wolter zwraca uwagę na to, że musi dojść w tych warunkach do „dwustronnie nieprawidłowej kooperacji"[614].

Na gruncie Kodeksu karnego z 1969 r. do omawianej kwestii najszerzej zdaje się odnosić A. Wąsek, który przedstawia obszerną argumentację na poparcie stanowiska aprobującego stosowanie konstrukcji współsprawstwa do czynów charakteryzujących się nieumyślnością[615]. Jego zdaniem, ze względu na inną strukturę przestępstw umyślnych i nieumyślnych odmienna jest przy nich treść porozumienia, o ile bowiem przy tych pierwszych porozumienie polega na uzgodnieniu zachowań sprawców podejmowanych w zamiarze popełnienia określonego czynu zabronionego, o tyle porozumienie sprawców przestępstw nieumyślnych sprowadza się do uzgodnienia swoich nieostrożnych zachowań[616]. Autor w pełni przychyla się do stanowiska prezentowanego przez L. Tyszkiewicza, wedle którego przedmiotem porozumienia mogą być zachowania z natury swej nieprzestępne, mogące prowadzić do skutku przestępnego objętego przez współsprawców jedynie nieumyślnością, przykładowo niestaranne wykonanie prac inżynierskich skutkujące katastrofą budowlaną[617]. Podnosi on ponadto,

---

[611] W. Wolter, *Glosa* ..., 1972, s. 222; tenże [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 93; tenże, *Nauka o przestępstwie* ..., 1973, s. 299-300.

[612] W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 93; tenże, *Nauka o przestępstwie* ..., 1973, s. 299-300.

[613] Tamże.

[614] W. Wolter, *Glosa* ..., 1972, s. 222; tenże [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 93.

[615] A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw* …, 1975, s. 229 i n.; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 123 i n.

[616] A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw* …, 1975, s. 230; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 124-125.

[617] A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw* …, 1975, s. 230; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 125; Por. L. Tyszkiewicz, *Glosa* …, 1971, s. 269.

że brak akceptacji dla formuły współsprawstwa do czynów nieumyślnych może stwarzać poważne problemy w obszarze rozstrzygania odpowiedzialności karnej uczestników różnego rodzaju zespołów ludzkich, których działalność wiąże się z ryzykiem naruszenia karnoprawnie chronionych dóbr, przywołując w tym kontekście liczne przykłady zespołowego działania, a mianowicie: zespołu lekarsko-pielęgniarskiego, grona operatorów, ekipy budowlanej, brygady montażowej, kadry pracowniczej w zakładzie pracy oraz grupy specjalistów powołanych do czuwania nad przebiegiem procesów produkcyjnych[618]. Zaprezentowane stanowisko autor podtrzymuje w późniejszych pracach, wydanych po dacie wejścia w życie Kodeksu karnego z 1997 r.[619]. W jego opinii, także na gruncie najnowszych uregulowań brak jest podstaw do twierdzenia jakoby tylko czyny zabronione charakteryzujące się umyślnością mogły być popełnione w formie współsprawstwa[620].

Problem, jeszcze pod rządami Kodeksu karnego z 1969 r., dostrzeżony jest także przez K. Buchałę[621]. Autor – wyrażając głos polemiczny względem krytyków stosowania figury prawnej współsprawstwa do czynów nieumyślnych – uznaje za możliwe porozumienie się współsprawców „w kwestii takiego wykonania określonego zamierzenia, które świadomie lub nieświadomie narusza reguły ostrożnego zachowania się"[622]. Zwraca on ponadto uwagę na to, że „w sytuacji, gdy tylko jeden podmiot narusza zasady bezpieczeństwa, a porozumienie nie obejmuje ich naruszenia, współsprawstwo nie zachodzi"[623]. Stanowisko aprobujące formułę współsprawstwa do czynu nieumyślnego podtrzymane jest następnie w pracach współautorstwa K. Buchały i A. Zolla, przy położeniu szczególnego nacisku na problematykę porozumienia[624]. Autorzy zgodnie podkreślają w nich, że porozumienie przy czynach nieumyślnych możliwe jest „zwłaszcza w kwestii takiego wykonania określonej czynności lub takiej czynności, która stanowi naruszenie obowiązujących zasad bezpieczeństwa", podając

---

[618] A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw* …, 1975, s. 240-241; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 136-137.

[619] A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 96 i n.; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 238 i n.; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 234 i n.

[620] Tamże.

[621] K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 417; tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1990, s. 97; Tak też: tenże [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 126.

[622] Tamże.

[623] Tamże.

[624] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 298-300; A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 175.

przy tym – jako przykład okoliczności, w których istnieje podstawa do przyjęcia współsprawstwa – przypadki: współwłaścicieli motocykla oddających jego prowadzenie w ręce nietrzeźwego kierowcy oraz robotników zrzucających belkę z dachu na niezabezpieczony chodnik[625]. Zaznaczają oni jednak, podobnie jak miało to miejsce we wcześniejszych pracach autorstwa K. Buchały, że współsprawstwo przestępstwa nieumyślnego nie zachodzi, gdy tylko jedna ze współdziałających naruszy regułę ostrożności, a jednocześnie fakt ten nie jest objęty porozumieniem[626]. Ilustracją owej sytuacji czynią autorzy przeprowadzenie przez zespół lekarski złożony z anestezjologa i chirurga operacji, w trakcie której jeden z nich popełnia błąd medyczny, pomimo wcześniejszego uzgodnienia realizacji tej procedury zgodnie z zasadami wiedzy medycznej[627]. Ponadto, zdaniem autorów, „porozumienie nie jest jeszcze zamiarem wspólnego dokonania czynu"[628]. Jak wskazuje A. Zoll, „porozumienie może bowiem obejmować popełnienie czynu naruszającego reguły ostrożności, bez zamiaru popełnienia czynu zabronionego"[629]. Niemniej w dalszej części wywodu komentator zastrzega, że porozumienie musi „obejmować takie popełnienie czynu, które zawiera (…) naruszenie reguły ostrożności uzasadniające przypisanie przestępstwa nieumyślnego"[630].

Z kolei D. Załucki – w kontekście omawianej problematyki – zwraca uwagę na to, że „z punktu widzenia kryminalno-politycznego nie jest wskazane, aby kryminalizacji nie podlegały pewne stany faktyczne o ujemnym ładunku społecznym, które można racjonalnie rozwiązać tylko na gruncie konstrukcji współsprawstwa przestępstw nieumyślnych"[631]. Autor – odnosząc się do przykładu osób, które w wyniku porozumienia strzelają do domniemanej zwierzyny, zamiast tego trafiając człowieka – wskazuje, że „więź psychiczna (porozumienie) w wypadku współsprawstwa przestępstw nieumyślnych musi mieć inną treść, aniżeli porozumienie w przypadku współsprawstwa przestępstw umyślnych"[632]. W konsekwencji „we współsprawstwie przestępstwa popełnionego z niedbalstwa współsprawcy zawierający między sobą

[625] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 299; Tak też: A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 175.

[626] Tamże.

[627] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 299-300.

[628] Tamże, s. 298.

[629] A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 175.

[630] Tamże.

[631] D. Załucki, *Współsprawstwo* …, 1985, s. 73.

[632] Tamże.

porozumienie, obejmują świadomością i wolą tylko wspólne zachowanie, nie będące czynem zabronionym; przy przestępstwie z lekkomyślności – ponadto możliwość popełnienia czynu zabronionego połączoną z bezpodstawnym przypuszczeniem, że się go uniknie”[633]. Wśród autorów prezentujących stanowisko aprobujące jeszcze w okresie obowiązywania Kodeksu karnego z 1969 r. jest również M. Cieślak[634].

Nowych argumentów za dopuszczalnością stosowania konstrukcji współsprawstwa do czynów charakteryzujących się nieumyślnością dostarcza wprowadzenie Kodeksu karnego z 1997 r., m.in. poprzez sformułowanie w art. 20 zasady nieakcesoryjności odpowiedzialności współdziałających. A. Zoll, komentując projektowane zmiany, postrzega przepis jako „jednoznaczną podstawę do ścigania nieumyślnego współdziałania w popełnieniu przestępstwa”, przy spełnieniu wszystkich koniecznych do tego warunków[635]. Również R. Dębski traktuje unormowania nowej ustawy karnej jako zmierzające do „wyraźnego i jednolitego rozwiązania m.in. problemu niezależnej odpowiedzialności współdziałających przy przestępstwach umyślnych i nieumyślnych”[636]. Warto odnotować, nieco wyprzedzając dalszą analizę literatury przedmiotu, że kwestia ta podnoszona jest także przez A. Liszewską[637].

Jednym z pierwszych autorów szerzej odnoszących się na gruncie Kodeksu karnego z 1997 r. do problematyki współsprawstwa czynów nieumyślnych jest P. Kardas, który akcentuje doniosłość zmian, jakie z mocy nowej ustawy karnej dokonały się w zakresie kształtu samej konstrukcji współsprawstwa[638]. Mianowicie, w jego ocenie, uzupełnienie konstytutywnych elementów współsprawstwa o znamię „porozumienia” przesądza o tym, że utożsamianie w obecnym stanie prawnym porozumienia z zamiarem popełnienia czynu zabronionego nie jest dopuszczalne[639]. „O ile bowiem poprzednio obowiązujący stan prawny, nie zawierając wyraźnego ustawowego określenia strony podmiotowej współsprawstwa, otwierał możliwość prowadzenia takiej wykładni tej konstrukcji, która ograniczała współsprawstwo jedynie do kręgu przestępstw umyślnych, o tyle obecnie, z uwagi na wyraźne określenie strony podmiotowej w sposób

---

[633] D. Załucki, *Współsprawstwo* …, 1985, s. 73.

[634] M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 374.

[635] A. Zoll, *Podstawy teoretyczne* …, 1995, s. 40.

[636] R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 125.

[637] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 56; taż, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 36.

[638] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 472-478.

[639] Tamże, s. 474.

zasadniczo różniący się od ustawowej definicji zamiaru wyrażonej w art. 9 § 1 K.k., istnieje nie tylko możliwość, lecz jak się wydaje wręcz konieczność odmiennego rozumienia pojęcia «porozumienia» od pojęcia «zamiar»”[640]. Toteż, jak podkreśla autor, aktualnie nie powinno już budzić wątpliwości, że porozumienie jest czymś zupełnie innym niż zamiar popełnienia czynu zabronionego[641]. Różnice między tymi pojęciami mają wszak „nie tylko semantyczny, lecz także normatywny charakter”, porozumienie nie jest bowiem w ustawie karnej legalnie zdefiniowane, podczas gdy zamiar ma jednoznacznie normatywną konotację wyrażoną przez art. 9 § 1 K.k.[642]. Z faktu posłużenia się przez ustawodawcę pojęciem porozumienia należy wywodzić zatem, że „ustawowa definicja współsprawstwa wymaga istnienia między współdziałającymi porozumienia co do wspólnego wykonania czynu zabronionego, nie zaś podjęcia przez nich wspólnego zamiaru jego popełnienia”[643]. Przesądza to w konsekwencji o możliwości „powiązania tej figury z popełnieniem przez dwie co najmniej osoby działające w porozumieniu przestępstwa nieumyślnego”[644]. Wszakże, gdyby ustawodawca zamierzał ograniczyć współsprawstwo do kategorii przestępstw umyślnych posłużyłby się pojęciem zamiaru, nie zaś odmiennym terminem, jakim jest porozumienie[645]. Dodatkowym argumentem przemawiającym za zasadnością stosowania konstrukcji współsprawstwa do czynów nieumyślnych jest – zdaniem autora – określony w art. 18 § 1 K.k. przedmiot współsprawczego porozumienia, a mianowicie wspólne wykonanie czynu zabronionego[646]. Brak bowiem wyraźnego wskazania przez ustawodawcę na przestępstwa umyślne sprawia, że „doprecyzowanie tego zwrotu dokonywać się może albo poprzez znamiona typu umyślnego albo poprzez znamiona typu nieumyślnego”, a w konsekwencji „porozumienie odnosić się może zarówno do wspólnego wykonania umyślnego czynu zabronionego, jak i do wspólnego wykonania nieumyślnego czynu zabronionego”[647]. Jak podnosi przy tym autor, z uwagi na odmienną strukturę znamion przestępstw nieumyślnych nieco inaczej przedstawia się w odniesieniu do nich treść porozumienia, jako że w przypadku czynu charakteryzującego się

[640] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 475-476.
[641] Tamże, s. 473.
[642] Tamże.
[643] Tamże, s. 472-473.
[644] Tamże, s. 472.
[645] Tamże, s. 476.
[646] Tamże.
[647] Tamże.

nieumyślnością jego przedmiotem nie jest zamiar, zakładający świadomość wszystkich znamion czynu zabronionego określonego typu, lecz uzgodnienie zachowań obiektywnie prowadzących do zarzucalnego naruszenia wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, któremu nie musi towarzyszyć świadomość normatywnego znaczenia zachowań objętych treścią porozumienia, bowiem porozumienie takiego warunku nie zakłada[648]. Zaprezentowane stanowisko P. Kardas w pełni podtrzymuje w kolejnych pracach[649].

Również K. Indecki oraz A. Liszewska opowiadają się za dopuszczalnością współsprawstwa przy przestępstwach nieumyślnych. Zdaniem tych przedstawicieli doktryny: „Konstrukcja współsprawstwa, ze względu na konieczność porozumienia co do wspólnego dokonania czynu zabronionego, z reguły znajduje zastosowanie przy przestępstwach umyślnych. Nie ma jednak przeszkód, aby stosować ją także w odniesieniu do przestępstw nieumyślnych”[650]. Jak wskazują autorzy w dalszej części wywodu: „Współsprawstwo przestępstwa nieumyślnego zachodzi wówczas, gdy co najmniej dwie osoby w porozumieniu ze sobą naruszają reguły ostrożności, nie mając zamiaru naruszenia czy narażenia na niebezpieczeństwo dobra prawnego. Dzieje się tak na przykład w sytuacji, gdy demontujący rusztowanie robotnicy bez odpowiedniego zabezpieczenia chodnika zrzucają metalowe rury i powodują śmierć przechodnia”[651]. Przedmiotem porozumienia nie jest więc w tego rodzaju przypadkach popełnienie czynu zabronionego, lecz nieostrożne zachowanie[652]. Następnie A. Liszewska rozwija tę kwestię w monografii poświęconej dogmatycznym aspektom współdziałania przestępnego, trafnie zwracając w niej uwagę na fakt, że istota problemu sprowadza się do rozstrzygnięcia, co ma być przedmiotem – koniecznego dla bytu współsprawstwa – porozumienia[653]. Punktem wyjścia dla rozważań w tym przedmiocie czyni autorka odpowiedź na pytanie o to, czy porozumieniem, a tym samym i świadomością, musi być objęte jedynie wspólne wykonanie określonej czynności,

[648] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 473, 477 i 478.

[649] P. Kardas, *Istota* …, 2005, s. 39; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 308 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 967 i n.; Tak też na gruncie Kodeksu karnego skarbowego: P. Kardas [w:] tenże (red.), *Kodeks karny skarbowy*, Warszawa 2012, s. 202-203.

[650] K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 234.

[651] Tamże.

[652] Tamże.

[653] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 54.

czy też wspólne wykonanie czynu zabronionego[654]. Jej zdaniem, „gdyby przyjąć, że współsprawstwo zachodzi tylko wtedy, gdy co najmniej dwie osoby umawiają się, że wspólnie wykonają czyn, który w ich świadomości jawi się jako odpowiadający ustawowemu opisowi typu czynu zabronionego w ustawie karnej, to strona podmiotowa takiego współdziałania zawsze musiałaby polegać na umyślności"[655]. Autorka uznaje jednak za możliwą interpretację odmienną, zgodnie z którą zwrot „wspólne wykonanie czynu zabronionego" należy rozumieć jako „wspólne wypełnienie znamion przedmiotowych tego czynu", co w przypadku czynów nieumyślnych przejawia się zasadniczo naruszeniem wymaganej ostrożności, przy czym „następstwa zachowania człowieka naruszającego reguły ostrożności są przez niego przewidywane, choć niezamierzone, albo przewidywane nie są, choć istniała obiektywna możliwość ich przewidzenia"[656]. W swej kolejnej pracy A. Liszewska podtrzymuje i rozwija wyrażony wcześniej pogląd[657]. Dla poparcia prezentowanego stanowiska autorka przytacza dodatkowy argument, zgodnie z którym o tym, że niezbędny dla bytu współsprawstwa element porozumienia odnosić należy tylko do strony przedmiotowej wspólnie wykonanego czynu przesądza ustawodawca stanowiąc w art. 20 K.k., że każdy ze współdziałających w popełnieniu czynu zabronionego odpowiada w granicach swojej umyślności lub nieumyślności[658].

Możliwość współsprawstwa w odniesieniu do przestępstw nieumyślnych dopuszcza także J. Wojciechowski[659]. W tym kontekście komentator podaje przykład rodziców nieletniego syna oraz instruktora, którzy wspólnie decydują o wykonaniu przez chłopca skoku spadochronowego, pomimo nieposiadania przez niego stosownego przygotowania, w efekcie doprowadzając do śmiertelnego wypadku z jego udziałem[660]. W ocenie J. Wojciechowskiego we wskazanym przykładzie zachodzi porozumienie rodziców oraz instruktora „nie co do samego popełnienia przestępstwa, którego nie zamierzali, ale co do naruszenia wymaganej w danych warunkach ostrożności", stąd – zdaniem autora – w tych okolicznościach zastosowanie znaleźć powinna

[654] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 54.

[655] Tamże.

[656] Tamże.

[657] A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 34-36.

[658] Tamże, teza 36.

[659] J. Wojciechowski, *Kodeks* …, 2002, s. 56.

[660] Tamże.

konstrukcja współsprawstwa do przestępstwa nieumyślnego[661]. Tak też wypowiada się L. Gardocki, tytułem przykładu podając z kolei przypadek dwóch osób, które nie zachowawszy wymaganych środków ostrożności ścinają drzewo, w efekcie czego dochodzi do przygniecenia osoby trzeciej[662].

Z kolei J. Giezek, w rozważaniach na temat konstrukcji współsprawstwa przy przestępstwach nieumyślnych, szczególny kładzie nacisk na zidentyfikowanie i wyjaśnienie kontrowersji, jakie mogą pojawiać się w związku ze stosowaniem tej formuły, zwłaszcza w odniesieniu do znamienia porozumienia[663]. Jego wątpliwości w tym zakresie koncentrują się wokół pytania, czego dotyczyć miałoby w takich przypadkach porozumienie współdziałających, skoro sprawca przestępstwa nieumyślnego nie ma zamiaru jego popełnienia, nie można zaś porozumiewać się co do wywołania stanu rzeczy, którego nie obejmuje się swoją świadomością oraz wolą[664]. Niemniej – w ocenie autora – jednocześnie mnożyć można przykłady tego rodzaju stanów faktycznych, których sensowne ocenienie możliwe jest tylko z perspektywy konstrukcji współsprawczego popełnienia przestępstwa nieumyślnego[665]. Ilustracją tego rodzaju okoliczności czyni J. Giezek przypadek dwóch wykonujących zabieg operacyjny lekarzy, którzy porozumiewają się co do określonej metody jego przeprowadzenia, obiektywnie sprzecznej z obowiązującymi w medycynie regułami postępowania, w rezultacie doprowadzając do śmierci pacjenta[666]. Jak zauważa autor, gdyby konstrukcję współsprawstwa odrzucić, należałoby każdemu z lekarzy przypisać popełnienie odrębnego przestępstwa albo też – co byłoby jeszcze trudniejsze do zaakceptowania – uznać, że przestępstwo popełnił tylko jeden z nich[667]. Stąd formuła współsprawstwa do czynu nieumyślnego jest – zdaniem J. Giezka – akceptowalna, jeśli przyjmie się założenie, że porozumienie współdziałających dotyczyć może także nieostrożnego zachowania[668]. Niemniej w tym kontekście nasuwa się autorowi kolejna wątpliwość, a mianowicie: przy takiej konstrukcji *prima facie* konieczne wydaje się,

---

[661] J. Wojciechowski, *Kodeks* …, 2002, s. 56.

[662] L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 90; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 97.

[663] J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 161-162; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 276-277.

[664] Tamże.

[665] Tamże.

[666] Tamże.

[667] Tamże.

[668] Tamże.

aby nieostrożność była przez współdziałających sprawców uświadomiona oraz zaakceptowana, bowiem w przypadku nieświadomego naruszenia wymaganej w danych okolicznościach ostrożności trudno byłoby mówić o jakimkolwiek porozumieniu odnoszącym się do karnoprawnie relewantnego zachowania[669]. Jednakowoż dalsza analiza tej kwestii prowadzi J. Giezka do wniosku, że możliwe jest porozumienie się co do podjęcia obiektywnie nieostrożnego zachowania, nie mając przy tym świadomości normatywnego znaczenia tego zachowania; „o ile bowiem współsprawcy uzgadniają w ramach porozumienia sposób zachowana, to nie muszą już przecież uzgadniać jego oceny, czyli tego, że z punktu widzenia obowiązujących standardów – które współsprawcom mogą być nawet nieznane – okazuje się ono nieostrożne”[670]. Jak na zakończenie wywodu konstatuje autor, na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością „porozumienie nie odnosi się wprost do popełnienia czynu zabronionego, czyli zachowania o znamionach określonych w ustawie karnej, lecz dotyczy ono podjęcia obiektywnie sprzecznej z obowiązującymi regułami postępowania aktywności, która może doprowadzić w sposób przewidywalny do wykonania czynu zabronionego”[671].

Spośród nowszych opracowań do omawianej problematyki odniesiono się także w pracach pod redakcją A. Grześkowiak[672]. Zarówno w podręczniku, jak i w kolejnych wydaniach komentarza wskazuje się, że warunek, aby czyn zabroniony był wykonany wspólnie i w porozumieniu nie wyklucza możliwości przyjęcia współsprawstwa przy przestępstwach nieumyślnych, jako że ustawowe ujęcie współsprawstwa nie zawiera wymogu, aby współsprawcy powzięli wspólny zamiar w rozumieniu art. 9 K.k.[673]. Porozumienie odnosi się wówczas do uzgodnionego naruszenia zasad ostrożności wymaganych w danych okolicznościach, prowadzącego do popełnienia czynu zabronionego, zaś świadomością i wolą współdziałających objęte jest wspólne zachowanie stanowiące realizację jego znamion[674].

---

[669] J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 161-162; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 276-277.

[670] Tamże.

[671] Tamże.

[672] A. Grześkowiak (red.), *Prawo* …, 2007, s. 139-140; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 161; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 189.

[673] Tamże.

[674] Tamże.

Stanowisko aprobujące wobec formuły współsprawstwa do czynu nieumyślnego zajmowane jest ponadto przez A. Marka[675], M. Kulika[676] oraz B. Namysłowską-Gabrysiak[677]. Autorka – poza wyrażeniem aprobaty dla stosowalności współsprawstwa przy przestępstwach nieumyślnych – doprecyzowuje ponadto, że zachodzi ono, „kiedy wszyscy współdziałający w tym samym miejscu i czasie w danych okolicznościach nie zachowują należytej ostrożności, mimo, iż każdy z nich przewidywał lub mógł przewidzieć popełnienie tego czynu", podając przy tym jako ilustrację tego rodzaju okoliczności przypadek dwóch leśniczych, którzy wiedząc o polowaniu w lesie, decydują się na przeprowadzenie wycinki drzew, podczas której upadający pień przygniata uczestnika polowania ze skutkiem śmiertelnym[678].

W kontekście rozważań nad formułą współsprawstwa do czynów nieumyślnych, na interesującą kwestię wskazują W. Wróbel i A. Zoll. Podnoszą oni mianowicie, że zamiar musi występować w chwili czynu realizującego przedmiotowe znamiona czynu zabronionego, porozumienie zaś występuje we wcześniejszym etapie, toteż – także i z tego względu – owego porozumienia nie należy utożsamiać z zamiarem charakteryzującym umyślną realizację znamion czynu zabronionego[679]. Głównym jednak argumentem przemawiającym za brakiem możliwości utożsamienia tych pojęć jest – zdaniem autorów – fakt, że przedmiotem porozumienia może być podjęcie się czynności, która obiektywnie stanowi realizację znamion czynu zabronionego, co nie jest jednak uświadamiane przez sprawców[680]. Nie stanowi bowiem warunku porozumienia świadomość jego uczestników co do urzeczywistnienia znamion czynu zabronionego[681].

Do grona autorów akceptujących stosowanie współsprawstwa na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością należą także M. Królikowski i R. Zawłocki. Wypowiedzi utrzymane w tym tonie można odnaleźć zarówno w podręczniku

[675] A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 72; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 207-208.

[676] M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 323; tenże, *Formy* …, 2013, s. 131; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 69-70.

[677] B. Namysłowska-Gabrysiak, *Prawo* …, 2011, s. 85.

[678] Tamże.

[679] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2011, s. 256; ciż, *Polskie* …, 2014, s. 261.

[680] Tamże, s. 263.

[681] Tamże.

ich autorstwa, jak i w komentarzu wydanego pod ich redakcją[682]. Jako zwolenników takiego poglądu określają się również Ł. Pohl[683] oraz V. Konarska-Wrzosek[684].

Jak już wspomniano, w nowszej literaturze stanowisko przeciwne prezentuje jedynie B. J. Stefańska, zdaniem której warunkiem koniecznym współsprawstwa jest porozumienie mające charakter umyślny, a w związku czym nie jest możliwe współsprawstwo przestępstw nieumyślnych[685].

Choć wśród zaprezentowanych poglądów pojawiają się głosy krytyczne wobec stosowania konstrukcji współsprawstwa na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością, przekonuje jednak stanowisko większościowe. Jak można sądzić, główną przyczyną różnic zdań w kwestii dopuszczalności współsprawstwa przy czynach nieumyślnych stanowi niewystarczająco precyzyjne sformułowanie przepisu art. 16 d.K.k., który nie zawierając wyraźnego określenia strony podmiotowej współsprawstwa, otwierał drogę do wykładni zawężającej zastosowanie tej instytucji wyłącznie do czynów umyślnych. Zastąpienie jednak tegoż unormowania nową, wyrażoną w art. 18 § 1 K.k., regulacją współsprawstwa, uwzględniającą w swej treści znamię „porozumienia" wyklucza, począwszy od jej wprowadzenia, swobodną interpretację elementów charakteryzujących stronę podmiotową omawianej figury prawnej. Wraz z wejściem w życie Kodeksu karnego z 1997 r. nie powinno budzić dalszych wątpliwości – których podnoszenie zasadne mogło być pod rządami poprzednich ustaw karnych – że porozumienie w przedmiocie popełnienia czynu zabronionego jest czymś innym aniżeli zamiar popełnienia takiego czynu. Ustawodawca posługując się w art. 18 §1 K.k. pojęciem „porozumienia" wyraźnie daje bowiem do zrozumienia, że znamienia w postaci porozumienia co do wykonania czynu zabronionego nie można utożsamiać z powzięciem zamiaru jego popełnienia. Słusznie wskazuje w tym kontekście P. Kardas, że różnice między tymi pojęciami mają nie tylko semantyczny, lecz także normatywny charakter, porozumienie nie jest bowiem w ustawie karnej legalnie zdefiniowane, podczas gdy zamiar ma jednoznaczną normatywną konotację[686]. Stosując uniwersalne dyrektywy postępowania interpretacyjnego trzeba

[682] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 228; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 696-697; tenże [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2017, s. 438-439.

[683] Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 158.

[684] V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 139.

[685] B. J. Stefańska [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 228 i 230-231.

[686] Tamże.

dojść zatem do wniosku, że gdyby ustawodawca zamierzał ograniczyć współsprawstwo do kategorii przestępstw umyślnych, posłużyłby się pojęciem „zamiar", nie zaś odmiennym terminem, jakim jest „porozumienie". Skoro jednak użyto w art. 18 § 1 K.k. sformułowania „porozumienie", zasadnym jest wywodzić, że ustawowa konstrukcja współsprawstwa wymaga istnienia między współdziałającymi porozumienia co do wspólnego wykonania czynu zabronionego, nie zaś powzięcia zamiaru jego popełnienia.

Warto podnieść ponadto – na co słusznie uwagę zwracają W. Wróbel i A. Zoll – że zamiar musi występować w chwili czynu, porozumienie zaś występuje zasadniczo na wcześniejszym etapie, toteż – również i z tego względu – porozumienia nie należy utożsamiać z zamiarem charakteryzującym umyślną realizację znamion czynu zabronionego[687]. Z tej perspektywy drugorzędnym jest fakt, jakie nastawienie cechuje poszczególnych sprawców w momencie uzgadniania przyszłych zachowań. Z jednej bowiem strony to, że osobom wchodzącym w porozumienie nie towarzyszą przeżycia psychiczne właściwe umyślności, nie oznacza, że nie wystąpi ona w momencie urzeczywistnienia się zdarzenia będącego przedmiotem przyjętych wcześniej ustaleń. Z drugiej zaś strony, uzgodnienie podjęcia się zachowania obiektywnie noszącego znamiona przestępstwa nie przesądza jeszcze o stronie podmiotowej czynu zabronionego wykonanego w następstwie realizacji takiego porozumienia. Toteż nastawienie poszczególnych osób przystępujących do porozumienia może być istotne tylko o tyle, o ile decyzja co realizacji wspólnego przedsięwzięcia zostanie wprowadzona w życie, lecz także i wtedy na pierwszy plan wysuwa się stan faktyczny z chwili realizacji znamion czynu zabronionego.

Kolejnym argumentem przemawiającym za zasadnością odróżnienia kwestii wejścia w porozumienie od powzięcia zamiaru jest fakt – sygnalizowany niegdyś przez L. Tyszkiewicza – że współsprawcy nie kierują się wszak jednym i tym samym nastawieniem, jako że zamiar albo jego brak jest przeżyciem psychicznym, którego podmiotem może wyłącznie pojedynczy człowiek, nie zaś zbiorowość ludzka, nawet o wysokiej spoistości[688]. Wprawdzie u poszczególnych członków grupy mogą występować przeżycia psychiczne o jednakowej treści i sile, nie oznacza to jednak

[687] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2011, s. 256; ciż, *Polskie* …, 2014, s. 261.

[688] L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 124.

ich tożsamości[689]. To uzgodniony cel – rozumiany jako wspólnie zaplanowane przedsięwzięcie – musi być dla wszystkich współsprawców ten sam, przeżyć psychicznych jest natomiast tyle, ile osób partycypujących w popełnieniu czynu[690]. Co więcej, jak już wspomniano, przeżycia psychiczne towarzyszące konkretnemu współsprawcy mogą być dodatkowo zróżnicowane na poszczególnych etapach jego drogi ku przestępstwu. Inne nastawienie może bowiem występować u danej osoby w fazie wchodzenia w porozumienie, odmienne zaś w momencie realizacji jego treści.

Toteż trzeba wyraźnie zaznaczyć, że samo przystąpienie do porozumienia celem wspólnej realizacji określonego przedsięwzięcia nie musi oznaczać powzięcia – przez uczestniczącą w owym porozumieniu osobę – zamiaru charakteryzującego umyślną realizację znamion czynu zabronionego, nawet jeśli uzgodnieniem objęte jest zachowanie o znamionach przedmiotowych określonych w ustawie karnej. Jako że przedmiotem współsprawczego porozumienia jest wspólne wykonanie czynu zabronionego, może się ono odnosić – stosownie do art. 9 K.k. – zarówno do umyślnego, jak i nieumyślnego urzeczywistnienia takiego czynu. Stąd należy w pełni zgodzić się z poglądem prezentowanym przez P. Kardasa, wedle którego brak wyraźnego wskazania w art. 18 § 1 K.k. na to, że przedmiotem współsprawczego porozumienia są wyłącznie przestępstwa umyślne, przemawia za możliwością doprecyzowania tego zwrotu zarówno poprzez znamiona typu umyślnego, jak i poprzez znamiona typu nieumyślnego[691].

Jak trafnie podnosi się przy tym w literaturze, z uwagi na inną strukturę przestępstw umyślnych i nieumyślnych odmienna musi być przy nich treść porozumienia[692]. O ile bowiem w odniesieniu do tych pierwszych porozumienie polega na uzgodnieniu zachowań podejmowanych w zamiarze popełnienia określonego czynu zabronionego, o tyle porozumienie współsprawców przestępstw nieumyślnych sprowadza się do uzgodnienia zachowań nieostrożnych. W przeciwieństwie zatem do czynów umyślnych, na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością przedmiotem porozumienia nie jest zamiar, zakładający świadomość wszystkich znamion czynu zabronionego określonego typu, lecz uzgodnienie zachowań obiektywnie sprzecznych z wymaganymi w danych okolicznościach regułami ostrożności, któremu

[689] L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 124.

[690] Tamże.

[691] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 476.

[692] A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw* …, 1975, s. 230; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 124-125; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 473, 477 i 478.

nawet nie musi towarzyszyć świadomość normatywnego znaczenia zachowań objętych treścią porozumienia, jako że porozumienie takiego warunku nie zakłada[693]. O ile bowiem, jak zasadnie podnosi w tym kontekście J. Giezek, „współsprawcy uzgadniają w ramach porozumienia sposób zachowana, to nie muszą już przecież uzgadniać jego oceny, czyli tego, że z punktu widzenia obowiązujących standardów – które współsprawcom mogą być nawet nieznane – okazuje się ono nieostrożne”[694].

Wprawdzie w momencie planowania przyszłych zachowań każdy ze współdziałających powinien mieć świadomość przystępowania do porozumienia i wolę wspólnego urzeczywistniania określonego przedsięwzięcia, nie jest to jednak równoznaczne z uświadamianiem sobie kryminogenności planowanych zachowań, ani tym bardziej z wolą popełnienia czynu zabronionego. Nie musi oznaczać to także świadomości normatywnego znaczenia samego aktu uzgadniania. Jeśli bowiem partycypujący w porozumieniu nie uświadamiają sobie normatywnego znaczenia planowanych zachowań, to – jak można wnioskować – tym bardziej nie zdają sobie sprawy z tego, że ów akt uzgadniania jest „porozumieniem” w rozumieniu art. 18 § 1 K.k. Niemniej należy zauważyć, że z istoty nieumyślności wynika, iż współsprawczemu uzgodnieniu zachowań nieostrożnych, równie dobrze, towarzyszyć może świadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego, o ile jednak współsprawcy nie mają na celu zaatakowania dobra prawnego, ani się na to nie godzą. Tym samym, podejmując próbę odróżnienia dwóch odmian nieumyślności, warto zaznaczyć, że na gruncie współsprawstwa czynu nieumyślnego w przypadku nieświadomej nieumyślności współsprawcy zawierając porozumienie obejmują świadomością i wolą tylko wspólne zachowanie, które choć obiektywnie nosi znamiona przedmiotowe przestępstwa, to nie jest w ich wyobrażeniu czynem zabronionym, przy czym możliwość popełnienia czynu zabronionego musi być dla nich możliwa do przewidzenia. Natomiast przy świadomej nieumyślności współsprawcy w toku podejmowanych uzgodnień możliwość popełnienia czynu zabronionego przewidują, przy założeniu oczywiście,

[693] Tak: L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 71; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 94; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 473, 477 i 478; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 234.

[694] J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 161-162; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 276-277; Na marginesie warto nadmienić, że ocena poprawności danego zachowania z punktu widzenia reguł ostrożności jako szczególnie skomplikowana jawi się na gruncie spraw medycznych. Niejednokrotnie bowiem dokonanie oceny zdarzenia z perspektywy dochowania przez pracownika medycznego zasad aktualnej wiedzy medycznej nastręcza trudności nawet biegłym, analizującym stan faktyczny *ex post*.

iż nie towarzyszy im – w aspekcie woluntatywnym – nastawienie psychiczne właściwe zamiarowi, tj. chęć popełnienia czynu zabronionego ani godzenie się na to.

Na marginesie warto nadmienić, co już wcześniej sygnalizowano, że nastawienie współsprawców z momentu wchodzenia w porozumienie odróżnić należy od kwestii przeżyć psychicznych towarzyszących im w czasie wykonania samego – uzgodnionego wcześniej – czynu. W tym kontekście zaznaczenia wymaga fakt, że współsprawstwo przestępstwa nieumyślnego zachodzi tylko wówczas, gdy właściwe nieumyślności nastawienie psychiczne poszczególnych współsprawców z chwili wejścia w porozumienie, nie ewoluuje następnie – zarówno w zakresie strony intelektualnej, jak i woluntatywnej – w kierunku umyślnej realizacji znamion czynu zabronionego określonego typu. Toteż o współsprawstwie do czynu nieumyślnego można mówić jedynie wówczas, gdy co najmniej dwie osoby pozostające ze sobą w porozumieniu, nie mając zamiaru popełnienia czynu zabronionego w chwili realizacji jego znamion, popełniają go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, przy czym możliwość jego popełnienia musi być przez każdą z nich natenczas przewidywana albo chociażby możliwa do przewidzenia. Co warte podkreślenia, komplet przesłanek przesądzających o nieumyślności musi zostać spełniony w odniesieniu do każdego ze współdziałających. Oznacza to w omawianym kontekście, że jeśli jeden z dwóch uczestników akcji przestępnej nie wypełnia znamion podmiotowych, zachodzi co najwyżej sprawstwo samoistne w zakresie jednego z uczestniczących w zdarzeniu. Jeśli zaś jeden z nich wypełnia przesłanki umyślności, może wprawdzie zachodzić współsprawstwo, fakt ten nie przekreśla bytu współsprawstwa, jednakże nie można określić go mianem nieumyślnego w odniesieniu do wszystkich współdziałających.

Kolejnych argumentów za dopuszczalnością stosowania konstrukcji współsprawstwa do czynów charakteryzujących się nieumyślnością dostarcza – poza regulacją art. 18 § 1 K.k. – wprowadzenie do ustawy karnej zasady nieakcesoryjności odpowiedzialności współdziałających, wyrażonej w art. 20 K.k. W tym kontekście należy w pełni zgodzić się z poglądem prezentowanym przez A. Liszewską, wedle którego ustawodawca stanowiąc w art. 20 K.k., że każdy ze współdziałających w popełnieniu czynu zabronionego odpowiada w granicach swojej umyślności lub nieumyślności, przesądza jednocześnie, iż niezbędny dla bytu współsprawstwa element porozumienia

odnosić należy tylko do strony przedmiotowej wspólnie wykonanego czynu[695]. Toteż – jak słusznie podnosi A. Zoll – przepis ten daje „jednoznaczną podstawę do ścigania nieumyślnego współdziałania w popełnieniu przestępstwa", przy spełnieniu wszystkich koniecznych do tego warunków[696]. Założenia nowelizacji ustawy karnej w tym zakresie wpisują się zatem w tok myślenia prezentowany przez L. Tyszkiewicza jeszcze pod rządami Kodeksu karnego z 1932 r., zgodnie z którym dopuszczalne dzielenie między współsprawców znamion przedmiotowych nie jest możliwe w odniesieniu do strony podmiotowej czynu, jako że na jej gruncie komplet elementów wymaganych dla istoty umyślności albo nieumyślności musi wystąpić u każdego ze współdziałających z osobna[697].

Na koniec tej części rozważań warto odnieść się do kwestii współsprawstwa nieumyślnych przestępstw materialnych. Rozstrzygnięcie pojawiających się na tym gruncie wątpliwości jawi się jako szczególne istotne w kontekście odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za negatywne następstwa dla życia i zdrowia pacjenta. Odwołując się do kazusu robotników wspólnie zrzucających z remontowanego dachu belkę, która upada na przechodnia, M. Filar formułuje tezę o niedopuszczalności zastosowania w tych okolicznościach konstrukcji współsprawstwa, jako że – jego zdaniem – bohaterowie przykładu nie działają w porozumieniu co do następstw swojego działania[698]. Trudno zgodzić się z autorem w tym względzie. Jak już wskazywano, przedmiotem współsprawczego porozumienia jest wspólne wykonanie czynu zabronionego. Warto zwrócić przy tym uwagę na fakt, że potencjalne następstwa działania przywołanych przez M. Filara osób, np. narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, spowodowanie uszczerbku na zdrowiu albo nieumyślne spowodowanie śmierci, są niczym innym aniżeli znamionami przedmiotowymi czynów zabronionych określonych w art. 155, 156, 157 i 160 K.k. Jeśli więc przyjąć, że porozumienie odnosi się do wspólnego wykonania czynu zabronionego, a zatem realizacji jego znamion, to – jako że spowodowanie negatywnych skutków dla życia i zdrowia wypełnia znamiona określonych w ustawie karnej czynów zabronionych – zasadnym jest przyjęcie, że tego rodzaju skutki mogą być objęte porozumieniem.

[695] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 56; taż, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 36.

[696] A. Zoll, *Podstawy teoretyczne* …, 1995, s. 40.

[697] L. Tyszkiewicz, *Współdziałanie* …, 1964, s. 123.

[698] M. Filar, *Postacie* …, 1989, s. 37-38.

Oczywiście w przypadku czynów charakteryzujących się nieumyślnością wymagane jest zaistnienie ponadto w szczególności przesłanek nieumyślności, tj. spowodowanie któregoś ze wskazanych następstw w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, mimo że są one przez współdziałających przewidywane, choć niezamierzone, albo też przewidywane nie są, choć istniała obiektywna możliwość ich przewidzenia. A zatem, dopuszczalna wydaje się sytuacja, w której i skutki działania objęte są przez współsprawców porozumieniem, co – przy spełnieniu pozostałych warunków odpowiedzialności karnej – może prowadzić do przypisania im współsprawstwa do nieumyślnego przestępstwa materialnego.

W tym kontekście, za nieścisły wypada uznać także pogląd formułowany przez L. Tyszkiewicza, a popierany później przez A. Wąska, wedle którego współsprawstwo do czynu nieumyślnego zachodzi, gdy przedmiotem porozumienia są zachowania z natury swej nieprzestępne, prowadzące jednak do skutku przestępnego objętego przez współsprawców jedynie nieumyślnością[699]. Na gruncie nieumyślnych przestępstw skutkowych przedmiotem porozumienia są zasadniczo zachowania z natury swej przestępne, jako że obiektywnie naruszające wymaganą ostrożność. Aby stwierdzić, że zachodzi współsprawstwo do czynu nieumyślnego wystarczy zatem wykazanie, że współdziałający podejmując się uzgodnionych, obiektywnie nieostrożnych zachowań, przy braku zamiaru realizacji znamion czynu zabronionego – wśród których przy przestępstwach materialnych jest w szczególności przestępny skutek – popełnili go jednak w wyniku niezachowania należytej ostrożności, mimo że możliwość popełnienia takiego czynu każdy z nich przewidywał albo mógł przewidzieć. Toteż dla bytu współsprawstwa do czynu nieumyślnego nie jest konieczne wykazanie, że przedmiotem porozumienia są zachowania z natury swej nieprzestępne.

Przyjęcie stanowiska aprobującego stosowanie konstrukcji współsprawstwa do czynów nieumyślnych stanowi punkt wyjścia dla dalszych dociekań. Rozstrzygnięcia wymaga bowiem kwestia możliwości i sposobu stosowania formuły współsprawstwa do czynów nieumyślnych na gruncie spraw medycznych. Przed przejściem jednak do rozważań poświęconych tej problematyce warto nadmienić, że jeśli chodzi o literaturę poświęconą odpowiedzialności karnej pracowników medycznych, wśród autorów opowiadających się za dopuszczalnością stosowania konstrukcji współsprawstwa

[699] L. Tyszkiewicz, *Glosa* …, 1971, s. 269; A. Wąsek, *Współsprawstwo przestępstw* …, 1975, s. 230; tenże, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 125.

w odniesieniu do czynów nieumyślnych – jakimi zasadniczo są przypadki spowodowania w toku czynności leczniczych negatywnych następstw dla życia i zdrowia pacjenta – można wskazać A. Liszewską[700] i T. Srokę[701]. Z uwagi jednak na fakt, że rozważania autorów w tym obszarze mają charakter marginesowy względem głównego nurtu zagadnień prezentowanych w ich opracowaniach, w niniejszym studium warto szerzej omówić wspomniany problem, w szczególności wysublimować jedynie ogólnie zakreślone w przywołanych pracach założenia odpowiedzialności pracowników medycznych na podstawie art. 18 § 1 K.k.

3.3. Zastosowanie konstrukcji współsprawstwa do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych

W kategoriach współsprawstwa do czynów nieumyślnych należałoby rozpatrywać zdarzenia, w ramach których nie jeden a kilku profesjonalistów medycznych wspólnie podejmuje decyzję co do postępowania z pacjentem (element porozumienia), w tym sprowadzającego się do zaniechania, a następnie osoby wchodzące w skład owego gremium, powołanego choćby *ad hoc*, razem wdrażają w życie uprzednio podjętą wspólną decyzję kliniczną (element wspólnego wykonania czynu objętego porozumieniem); przy czym – obiektywnie rzecz ujmując – uzgodniona i wykonana przez nich procedura medyczna (względnie jej zaniechanie) jest w danych okolicznościach niezgodna z zasadami aktualnej wiedzy medycznej albo z inną regułą ostrożności, w tym o charakterze organizacyjnym, czego członkowie zespołu sobie nie uświadamiają, choć powinni albo uświadamiają sobie, że na tej drodze mogą spowodować negatywne następstwa dla życia lub zdrowia pacjenta; założywszy jednocześnie, że nie chcą go spowodować ani się na to nie godzą[702]. Gdy w tego typu układzie sytuacyjnym – jako zwieńczenie wskazanego kompletu kryminogennych postaw i zachowań – na drodze wykonania źle podjętej decyzji dochodzi do urzeczywistnienia się penalizowanego skutku dla życia i zdrowia pacjenta, za spełnione można uznać zarówno przesłanki nieumyślności, jak i konstytutywne

[700] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 124.

[701] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 409 i n.

[702] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko co do możliwości zastosowania konstrukcji współsprawstwa do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych wcześniej prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 455-458.

elementy współsprawstwa, tj. działanie (zaniechanie) „wspólnie" i „w porozumieniu". W momencie bowiem uzgodnienia określonego zachowania, obiektywnie sprzecznego z obowiązującymi standardami postępowania, członkowie zespołu medycznego *de facto* zawierają „porozumienie" w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 2 K.k., tj. w przedmiocie wspólnego wykonania czynu zabronionego, którego treścią w przypadku czynu zabronionego charakteryzującego się nieumyślnością jest podjęcie się zachowania stanowiącego naruszenie obowiązujących ich reguł ostrożnego postępowania ze stosownymi dobrami prawnymi; a następnie na drodze realizacji tak podjętej, obarczonej błędem, decyzji – „wspólnie wykonują" ów czyn zabroniony. Warto przy tym jasno podkreślić to, co w dotychczasowych rozważaniach jedynie sygnalizowano, a mianowicie, że dla bytu współsprawstwa we wskazanym układzie sytuacyjnym bez znaczenia pozostaje czy przedmiotem porozumienia jest nieostrożne działanie czy niezgodne z regułami ostrożności zaniechanie, o ile profesjonaliści medyczni biorący udział w procesie decyzyjnym i wykonawczym są gwarantami nienastąpienia przestępnego skutku, tj. w konkretnym stanie faktycznym ciąży na nich prawny i szczególny obowiązek zapobiegnięcia negatywnym następstwom dla życia i zdrowia określonego pacjenta.

Nieco inaczej niż w omówionych okolicznościach przedstawia się karnoprawna sytuacja pracowników medycznych, którzy porozumiewają się co do określonego postępowania klinicznego, a podjęta przez nich w tym zakresie decyzja jest obiektywnie trafna, niemniej zawodzi samo wykonanie uzgodnionego planu. Tego rodzaju zdarzenie można rozważać w kategoriach ekscesu współdziałającego (względnie współdziałających), a zatem jako odstępstwo przez jednego albo kilku członków zespołu od ustalonego wcześniej sposobu udzielenia wspólnie wybranego świadczenia zdrowotnego; co może przejawiać się w tym, że przynajmniej jeden z członków zespołu albo realizuje mniej albo dopuszcza się dokonania więcej niż to, na co się wspólnie umawiano, naruszając przy tym zasady właściwego wykonania określonej czynności medycznej i doprowadzając na tej drodze do negatywnych następstw dla życia i zdrowia pacjenta. W tychże okolicznościach – jako że niewłaściwy sposób realizacji świadczenia nie jest przedmiotem porozumienia – odpowiedzialność karną za negatywny skutek może ponieść tylko ta osoba albo te osoby, które są indywidulanie odpowiedzialne

za niewłaściwie wykonany aspekt danego przedsięwzięcia[703]. Oznacza to odpowiedzialność za sprawstwo pojedyncze współdziałającego, który swoim zachowaniem narusza wymagane w danych okolicznościach reguły postępowania, przy braku odpowiedzialności pozostałych członków zespołu[704]. Aczkolwiek nie jest też wykluczone przypisanie odpowiedzialności – na wyżej wskazanych zasadach – wszystkim współdziałającym, a zatem uznanie wszystkich wykonawców czynności medycznej za sprawców pojedynczych. Możliwość taka zachodzi, gdy każdy z członków zespołu w jakimś zakresie przyczynia się do niewłaściwej realizacji treści porozumienia. Rzecz jasna możliwa jest również i taka sytuacja, w której pierwotnie błędnie podjęta decyzja kliniczna ostatecznie nie staje na przeszkodzie właściwemu udzieleniu świadczenia zdrowotnego; przykładowo, jeśli członkowie zespołu medycznego w porę dostrzegą swój błąd i wdrożą właściwy sposób leczenia, nie powodując przy tym choćby bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta. Wówczas, z uwagi na brak realizacji znamion czynu zabronionego, w szczególności zaś nieurzeczywistnienie przestępnego skutku, zachowanie to jest karnoprawnie irrelewantne, a zatem nie podlega ocenie w kategoriach którejkolwiek z odmian sprawstwa, w tym współsprawstwa. Zakładając, że współsprawcom towarzyszy nastawienie psychiczne właściwe nieumyślności, brak jest również podstaw do rozważenia usiłowania, jako że jego konstytutywnym elementem jest zamiar.

Zupełnie odmiennie przedstawia się natomiast karnoprawna sytuacja poszczególnych profesjonalistów medycznych, gdy jedni z nich podejmują decyzję co do kierunku leczenia, drudzy zaś wyłącznie wykonują określoną procedurę medyczną, uzgodnioną wcześniej przez kogoś innego. Sytuacja tego typu może zachodzić przykładowo, gdy z podziału pracy w danym zespole medycznym wynika, że jeden lekarz przeprowadza wyłącznie diagnostykę, drugi zaś obowiązany jest na tej podstawie wdrożyć terapię. We wskazanych okolicznościach między osobą albo osobami podejmującymi decyzję co do sposobu prowadzenia pacjenta a osobą albo osobami ją wykonującymi zasadniczo nie istnieje relacja, którą można nazwać wykonaniem (zaniechaniem wykonania) danego przedsięwzięcia „wspólnie i w porozumieniu". Osób z obu tych grup nie spaja bowiem ani nić „porozumienia" ani „wspólne wykonanie" czynu zabronionego. Założywszy, że wskazani pracownicy medyczni funkcjonują

[703] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 299 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 410; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 261 i n.

[704] Tamże.

w spłaszczonej strukturze, tj. łączą ich stosunki partnerskie, w nakreślonych okolicznościach rozważone może być jedynie sprawstwo pojedyncze albo ewentualnie współsprawstwo w ramach poszczególnych zespołów – oddzielnie dla grupy osób podejmujących decyzję oraz odrębnie dla zespołu ją wykonującego. Jeśli czynności diagnostyczne podejmuje pojedynczy pracownik medyczny, może on odpowiedzieć jako sprawca pojedynczy za naruszenie reguł obowiązujących go w procesie diagnostyki i wydawania na tej podstawie wskazań co do dalszego prowadzenia pacjenta. Analogicznie, jeśli za proces terapeutyczny odpowiada tylko jeden pracownik medyczny, to aktualizują się podstawy do przypisania mu odpowiedzialności za sprawstwo pojedyncze w zakresie niedochowania przez niego wymaganych na tym etapie klinicznym reguł ostrożności, w tym zasady ograniczonego zaufania względem osoby podejmującej wcześniejsze czynności. W przypadku, gdy we wskazanych stadiach procesu udzielania świadczenia zdrowotnego sekwencyjnie działają zespoły osób, wówczas można rozważyć odwołanie się do konstrukcji współsprawstwa, jednakże – tak jak już zaznaczono – oddzielnie dla konsylium diagnozującego i wydającego wskazania co do dalszego prowadzenia pacjenta oraz odrębnie dla zespołu wdrażającego na tej podstawie postępowanie terapeutyczne; a zatem w zakresie reguł ostrożności naruszonych na poszczególnych etapach udzielania pomocy medycznej.

Na marginesie warto nadmienić, że w warunkach zhierarchizowanego współdziałania, rozstrzygnięcia wymagać może, na zasadzie wykluczenia, czy nie zachodzą przesłanki charakterystyczne dla sprawstwa kierowniczego oraz sprawstwa polecającego, zwłaszcza w przypadku, gdy badane zachowania nie spełniają warunku bezpośredniego, niejako własnoręcznego, wykonania czynu zabronionego choćby w części, koniecznego dla bytu współsprawstwa. Zagadnienia te zostaną jednak omówione odrębnie, w ramach rozważań poświęconych poszczególnym przywołanym odmianom sprawczego współdziałania.

4. Sprawstwo kierownicze w zespole medycznym

4.1. Konstytutywne elementy sprawstwa kierowniczego z perspektywy czynów charakteryzujących się nieumyślnością

Istotą sprawstwa kierowniczego jest to, że kierujący nie realizuje własnoręcznie żadnego ze znamion typu rodzajowego czynu zabronionego, tj. sam nie zachowuje się w sposób zabroniony przez przepis części szczególnej Kodeksu karnego lub tzw. przepis pozakodeksowy, wykonuje jednak czyn zabroniony pośrednio poprzez zachowanie innej osoby, która pozostaje pod jego kierownictwem[705]. Sprawstwo kierownicze zasadza się zatem na zakładającym nadrzędną pozycję sprawcy kierowniczego władztwie sprawcy kierowniczego nad zachowaniem bezpośredniego wykonawcy, faktycznym panowaniu nad jego czynem, kontrolowaniu jego zachowania, regulowania go i sterowania nim, co może przejawiać się w określaniu celu i sposobu działania, a następnie podejmowaniu decyzji co do rozpoczęcia, prowadzenia, zmiany przebiegu lub przerwania akcji przestępnej[706]. Czynnościom tym musi towarzyszyć świadomość kierującego, że panuje nad przebiegiem przedsięwzięcia bezpośrednio realizowanego przez osobę kierowaną oraz wola wykonania określonego czynu poprzez jej zachowanie, lecz także obiektywna, rzeczywista możliwość kształtowania postępowania bezpośredniego wykonawcy, a tym samym rozwoju i przebiegu zdarzenia[707]. Konstrukcja sprawstwa kierowniczego zakłada także specyficzny układ czasowy, w którym czynność kierowania musi być

---

[705] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 303 i n.; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 91; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 324; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 976 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 263; J. Badziak, *Przestępstwo z art. 258 Kodeksu karnego z 1997 r. (studium prawnodogmatyczne)*, Łódź 2014, s. 94; W literaturze prezentowane jest także nieco odmienne stanowisko akcentujące podział na wykonawcze oraz niewykonawcze odmiany sprawstwa, do których zalicza się sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające: R. Dębski, *O teoretycznych* …, 1998, s. 105 i n.; tenże [w:] J. Giezek (red.), *Przestępstwo*…, 2006, s. 135 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 30-78.

[706] A. Zoll, *Odpowiedzialność kierującego* …, 1970, s. 61; W. Mącior, W. Mącior, *Postacie* …, 1971, s. 757; tenże, *Formy* …, 1996, s. 78; G. Rejman, *Przegląd* …, 1977, s. 368; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 304; M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 76; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 511 i n. oraz 513 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 325 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 986 i n.; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 91 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 70; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 94 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 264; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 232; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 277 i n.; Zob. też: wyr. SN z dnia 30 maja 1975 r., Rw 204/75, OSNKW 1975, Nr 8, poz. 115; wyr. SN z dnia 5 października 1984 r., IV KR 207/84, OSNPG 1985, Nr 3, poz. 32; wyr. SN z dnia 22 grudnia 1987, IV KR 412/87, OSNPG 1988, Nr 12, poz. 123; wyr. SN z dnia 15 lutego 2005 r., III KK 165/04, OSNwSK 2005, Nr 1, poz. 354.

[707] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 509 oraz 511 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 327; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 986 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 265.

temporalnie zbieżna z urzeczywistnieniem przez kierowanego znamion czynu zabronionego[708]. Stąd samo opracowanie planu, podział ról, określenie miejsca, sposobu i czasu planowanego przedsięwzięcia, a nawet zapewnienie bezpiecznego zakończenia akcji, bez jednak późniejszego sterowania przez jej organizatora zachowaniem bezpośredniego wykonawcy – pomimo aktywności zarówno przed, jak i po realizacji przedsięwzięcia – nie może być uznane za sprawstwo kierownicze ze względu na brak w tego rodzaju układzie sytuacyjnym elementu faktycznego panowania nad wykonaniem czynu zabronionego w wymaganej ustawą koincydencji czasowej, która zachodzi tylko wówczas, gdy czynność kierowania ma miejsce na etapie urzeczywistniania znamion czynu[709].

4.2. Problematyka nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego

Z perspektywy karnoprawnego wartościowania zachowań polegających na spowodowaniu negatywnych następstw dla życia i zdrowia pacjenta w warunkach współdziałania w zespole medycznym szczególnego znaczenia nabiera wyjaśnienie kwestii dopuszczalności zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością. Przegląd literatury – wydanej rzecz jasna po dacie wejścia w życie przepisów, z mocy których wprowadzono instytucję sprawstwa kierowniczego – skłania do refleksji, że choć początkowo autorzy z pewną ostrożnością, a niekiedy wręcz krytycznie, odnosili się do formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego, to z czasem zaczęła spotykać się ona z aprobatą[710]. Wypowiedzi na temat jej niedopuszczalności formułowane są bowiem

[708] Tak: T. Florek, *Czy „sprawstwo kierownicze”* …, 1974, s. 88-90; M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 78; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 508 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 327-329; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 987; M. Szczepaniec, *Sprawstwo*…, 2007, s. 74 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 264; Tak też w orzecznictwie: wyr. SN z dnia 30 maja 1975 r., Rw 204/75, OSNKW 1975, Nr 8, poz. 115; wyr. SN z dnia 15 lutego 2005 r., III KK 165/04, OSNwSK 2005, Nr 1, poz. 354; Odmiennie: W. Radomski, K. Urbanek, *Sprawstwo* …, 1975, s. 43; A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 96 i n.; W. Cieślak, *Kierowanie* …, 1992, s. 72-74; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 94 i n.; oraz post. SN z dnia 13 stycznia 2004 r., V KK 170/03, LEX Nr 109496; wyr. SN z dnia 15 lutego 2005 r., III KK 165/04, OSNwSK 2005 Nr 1, poz. 354.

[709] M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 78; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 512 i n. oraz 514; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 327-329; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 987; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 70; M. Szczepaniec, *Sprawstwo* …, 2007, s. 74 i n.; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 94 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 264.

[710] Próba wykazania tak postawionej tezy podjęta zostanie poprzez dokonanie przeglądu literatury przedmiotu. Punkt wyjścia tegoż przeglądu stanowić będzie piśmiennictwo karnistyczne. Natomiast analiza stanowisk prezentowanych w literaturze poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych przedstawiona zostanie odrębnie – w dalszej części rozważań, koncentrującej się na zastosowaniu formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych.

głównie pod rządami poprzednio obowiązującej ustawy karnej[711]. W aktualnym stanie prawnym krytyczne podejście w tym względzie można uznać za zupełnie odosobnione[712]. Niemniej – czego unaocznienie ma na celu dalsza analiza – choć współcześnie w doktrynie prawa karnego dopuszcza się możliwość zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością, to rozważania temu poświęcone w przeważającej mierze mają charakter marginesowy, zwykle krótkiej wzmianki, w której brak jest odniesienia do strony podmiotowej czynów obydwu osób potencjalnie nieumyślnie ze sobą współdziałających w sposób mogący skłaniać do kwalifikacji kompleksu owych zachowań w kategoriach omawianej instytucji. Wszakże, co warto na wstępie podkreślić nieco wyprzedzając dalsze rozważania, na ów kompleks nieumyślnych zachowań składa się: po pierwsze – nieumyślne kierowanie czynem zabronionym, po drugie zaś – realizacja czynu zabronionego w typie nieumyślnym przez, znajdującego się pod kierownictwem, bezpośredniego jego wykonawcę. Stąd – w ramach poniższego przeglądu stanowisk – poglądy poszczególnych przedstawicieli doktryny zdecydowano się zaprezentować *in extenso*, aby uchwycić w nich ewentualne, wymagające uzupełnienia, braki we wskazanym zakresie. Z tego też względu omawiane zagadnienie domaga się – po przedstawieniu głosów pojawiających się w literaturze karnistycznej a przed wkroczeniem w obszar tematyczny właściwy dla literatury poświęconej odpowiedzialności pracowników medycznych – porządkującego omówienia.

Jako że stanowiska krytyczne występują w literaturze chronologicznie najwcześniej, warto rozpocząć od przybliżenia tego rodzaju zapatrywań, niemniej już na wstępie zaznaczając, że autorzy je prezentujący w znakomitej większości

---

[711] Na gruncie Kodeksu karnego z 1969 r. stanowisko krytyczne wyraża: J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1728; W. Sieracki, *Sprawstwo* …, 1977, s. 486; tenże, *Istota* …, 1993, s. 41 i 42; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny* …, 1977, s. 65; Na gruncie Kodeksu karnego z 1997 r. stanowisko krytyczne wyraża: M. Marciniak, *Sprawstwo* …, 2016, s. 175-180.

[712] Por. w zakresie stanowiska aprobującego: A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 178; Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 32; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 160; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 237; M. Klepner, *Sprawstwo* …, 2002, s. 80; J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 164; M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 328; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 71; tenże, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 17; A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 709-710; tenże [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2017, s. 447; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2011, s. 260-261; ciż, *Polskie* …, 2014, s. 265; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 72; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 95; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 331; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 232; A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 52; Por. w zakresie stanowiska krytycznego: M. Marciniak, *Sprawstwo* …, 2016, s. 175-180.

nie rozwijają szerzej stawianych tez[713]. Wśród pierwszych przedstawicieli doktryny prawa karnego odnoszących się do strony podmiotowej sprawstwa kierowniczego jest J. Szwacha[714]. Wprawdzie autor nie wypowiada się wprost w kwestii dopuszczalności zastosowania sprawstwa kierowniczego przy czynach nieumyślnych, jednakże o jego krytycznym w tym względzie stanowisku można wnioskować z wypowiedzi, zgodnie z którą nieodłącznym elementem sprawstwa kierowniczego jest wystąpienie u sprawcy kierowniczego zamiaru popełnienia czynu zabronionego[715]. Dezaprobatę wobec stosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego w odniesieniu do czynów nieumyślnych zdaje się wyrażać także W. Sieracki, rezygnując jednak przy tym z bardziej szczegółowej analizy podniesionej kwestii[716]. Nieco szerzej w tej materii wypowiada się autor w swym kolejnym dziele, wskazując w jego ramach, że „takie podmiotowe elementy kierowania czynem zabronionym, jak: działanie sprawcy kierowniczego w celu wykonania takiego czynu i akt woli tego sprawcy w postaci chcenia dokonania przez inną osobę czynu zabronionego, są tymi elementami (cechami), które charakteryzują tzw. przestępstwa kierunkowe", tj. popełniane tylko z zamiarem bezpośrednim[717]. W ocenie autora „działanie sprawcy kierowniczego, charakteryzujące się jego aktem woli w postaci chęci, aby inna osoba dokonała określonego czynu zabronionego, przekreśla możliwość uznania działania sprawcy kierowniczego z zamiarem ewentualnym"[718]. Jak można sądzić, tym bardziej nie dopuszcza autor działania sprawcy kierowniczego z nastawieniem charakterystycznym dla nieumyślności. W tym tonie wypowiada się również K. Mioduski, w kontekście problematyki sprawstwa kierowniczego wskazując: „Jest rzeczą oczywistą, że sprawcy pośredniemu przypisać można sprawstwo tylko w tych czynach zabronionych, których przedmiotowe znamiona obejmował on w pełni swym zamiarem"[719].

Spośród autorów prezentujących stanowiska krytyczne szerzej do problematyki odpowiedzialności sprawcy kierowniczego za przestępstwa nieumyślne odnosi się

[713] J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1728; W. Sieracki, *Sprawstwo* …, 1977, s. 486; tenże, *Istota* …, 1993, s. 41 i 42; K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny* …, 1977, s. 65.

[714] J. Szwacha, *Z problematyki* …, 1970, s. 1728.

[715] Tamże.

[716] W. Sieracki, *Sprawstwo* …, 1977, s. 486.

[717] W. Sieracki, *Istota* …, 1993, s. 41 i 42.

[718] Tamże.

[719] K. Mioduski [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, *Kodeks karny* …, 1977, s. 65.

jedynie M. Marciniak[720]. Na wskazanym gruncie autorka zauważa dwa problemy, po pierwsze „czy kierować wykonaniem czynu zabronionego można jedynie umyślnie, czy może wchodzić w grę także nieumyślne kierowanie wykonaniem przez inną osobę czynu zabronionego", po drugie zaś „czy sprawca kierowniczy ponosi odpowiedzialność jedynie za przestępstwa umyślne, czy może również ponosić odpowiedzialność za przestępstwa nieumyślne"[721]. Z zaprezentowanych przez autorkę rozważań można wnioskować, że krytycznie odnosi się ona do formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego, choć dopuszcza „umyślne kierowanie czynem zabronionym popełnionym przez inną osobę zarówno umyślnie jak i nieumyślnie". Zajęte stanowisko autorka motywuje w tych słowach: „Sprawca kierowniczy panuje nad całą akcją przestępczą, ma wpływ na jej modyfikację, a nawet przerwanie, wyznacza kierunki działań sprawców wykonawczych, musi więc wiedzieć czego chce. Znamiona sprawstwa kierowniczego cechują się więc umyślnością, ponieważ sprawca dąży do osiągnięcia celu, jakim jest dokonanie czynu zabronionego przez inną osobę. Dążąc do osiągnięcia tego celu często motywuje on inną osobę do wykonania czynności przestępnych zgodnych z jego wolą"[722]. W dalszej części wywodu autorka rozwija swoją myśl wskazując ponadto, że „prawidłowym rozstrzygnięciem dylematu, czy może wchodzić w grę sprawstwo kierownicze przy przestępstwach nieumyślnych, jest oparcie się na stwierdzeniu ustawy, iż sprawca kierowniczy kieruje wykonaniem czynu zabronionego, musi więc obejmować swoją świadomością, iż sprawca wykonawczy narusza zakaz karny"[723].

Pierwszy, choć dość zwięzły, głos aprobaty dla konstrukcji nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego wyrażony na gruncie polskiej doktryny prawa karnego zdaje się należeć do W. Woltera, którego zdaniem: „Sprawstwo kierownicze w zasadzie dotyczy przestępstw umyślnych. Nie można jednak wyłączyć sprawstwa kierowniczego w przestępstwach nieumyślnych, np. jedna osoba organizuje nieostrożną akcję, a inne osoby również nieostrożnie ją wykonują"[724].

---

[720] M. Marciniak, *Sprawstwo* …, 2016, s. 175-180.

[721] Tamże, s. 176-177.

[722] Tamże, s. 177.

[723] Tamże, s. 180.

[724] W. Wolter [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, *Kodeks* …, 1973, s. 95; tenże, *Nauka o przestępstwie* ..., 1973, s. 299-300.

Wśród pierwszych autorów odnoszących się do strony podmiotowej czynu popełnianego przez sprawcę kierowniczego można wskazać także A. Spotowskiego. Z krótkiej wypowiedzi w tym względzie, zgodnie z którą „sprawca kierowniczy odpowiada w granicach swego zamiaru, to znaczy za realizację znamion czynu zabronionego, którego wykonaniem kierował" – trudno jednak wnioskować o stanowisku autora w przedmiocie możliwości zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego w odniesieniu do osoby nieumyślnie kierującej wykonaniem czynu zabronionego[725]. Choć przywołany cytat może świadczyć o opowiadaniu się przez A. Spotowskiego za tym, że konstrukcja sprawstwa kierowniczego znajduje zastosowanie do czynów charakteryzujących się umyślnością, przypisanie autorowi krytycznego podejścia do posługiwania się nią w przypadku nieumyślnej realizacji znamion czynu zabronionego, stanowiłoby nadinterpretację. Szerzej do omawianej kwestii odnosi się K. Buchała, a później wspólnie K. Buchała i A. Zoll, stojący na stanowisku – skądinąd dokładnie tak jak A. Spotowski – że „sprawca kierowniczy odpowiada w granicach swego zamiaru, tzn. za realizację znamion typu czynu zabronionego, którego wykonaniem kierował"[726]; aczkolwiek autorzy decydują się na objaśnienie przywołanego stanowiska, czyniąc to w następujących słowach: „Ze względu na charakter sprawstwa wykonawczego sprawca kierowniczy będzie ponosić odpowiedzialność za przestępstwo umyślne, a wykonawcy za nieumyślne (np. w wypadku działania w błędzie), możliwa jest jednak sytuacja odwrotna (gdy sprawca bezpośredni godzi się na popełnienie czynu zabronionego, którego popełnienia sprawca kierowniczy nie przewidywał np. wydając rozkaz prowadzenia pojazdu, nie wiedział, że żołnierz jest nietrzeźwy)"[727]. W późniejszych pracach K. Buchała dodaje, że „możliwe jest sprawstwo kierownicze w przestępstwie nieumyślnym w sytuacji, gdy podmiot kieruje wykonaniem czynu zabronionego przez inne osoby, dyktuje sposób zachowania naruszający reguły ostrożnego zachowania się"[728]. Sam natomiast A. Zoll, nieznacznie rozwijając wcześniejsze – prezentowane wspólnie z K. Buchałą – stanowisko, wskazuje co następuje: „Sprawca kierowniczy może odpowiadać za przestępstwo nieumyślne, jeżeli czyn, którego wykonaniem kieruje stanowi naruszenie reguł ostrożności, w wyniku

[725] A. Spotowski, *Sprawstwo* ..., 1988, s. 197.

[726] K. Buchała, *Prawo* …, 1980, s. 424; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 305.

[727] Tamże.

[728] K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1990, s. 100; Tak też: K. Buchała [w:] tenże (red.), *Komentarz* …, 1994, s. 131.

którego dochodzi do realizacji znamion czynu zabronionego niezamierzonego przez sprawcę kierowniczego. Sprawca kierowniczy musiał jednak możliwość popełnienia takiego czynu przewidywać albo miał taką możliwość. Sprawca wykonujący czyn zabroniony może wtedy w ogóle nie odpowiadać, jeśli nie przewidywał ani nie mógł przewidzieć możliwości popełnienia takiego czynu, albo może tak samo odpowiadać za przestępstwo nieumyślne”[729].

Przechodząc do późniejszych prac – opublikowanych już pod rządami drugiej z kolei ustawy karnej przewidującej instytucję sprawstwa kierowniczego – wypowiedzi doktryny w badanym obszarze także ocenić wypada jako marginesowe. A. Wąsek zauważa problem, nie zajmuje jednak własnego stanowiska a jedynie przytacza w formie zestawienia prezentowane w literaturze poglądy: W. Woltera, K. Buchały i A. Zolla – w zakresie stanowiska aprobującego oraz K. Mioduskiego – w ramach stanowiska przeciwnego[730]. Podobnie krótko sygnalizuje problem Ł. Pohl, a mianowicie: odnosząc się do strony podmiotowej sprawstwa kierowniczego uznaje on, że „powszechnie przyjmuje się, iż w grę wchodzić tu może zarówno umyślność, jak i nieumyślność”, podstawą do wysunięcia takiego twierdzenia czyniąc pogląd prezentowany przez A. Zolla[731]. Brak krytyki przywołanego przez autora stanowiska – jak się wydaje – można odczytywać jako podzielanie przez niego zapatrywań A. Zolla; zwłaszcza, że – co godzi się jednocześnie odnotować – w późniejszej pracy Ł. Pohl formułuje własne stanowisko, za możliwe uznając „nie tylko umyślne kierowanie wykonaniem umyślnego czynu zabronionego, ale także umyślne i nieumyślne kierowanie wykonaniem nieumyślnego czynu zabronionego”[732]. W tym tonie wypowiadają się również K. Indecki oraz A. Liszewska, ich zdaniem bowiem sprawca kierowniczy odpowiada w granicach swojej umyślności bądź nieumyślności, stosownie do art. 20 K.k.[733]. Przy czym autorzy dodają, że tym samym nie podzielają poglądu, zgodnie z którym sprawca kierowniczy odpowiada w granicach swojego zamiaru, a tylko bezpośredni sprawca w granicach swej umyślności lub nieumyślności[734]. Z kolei M. Klepner nadmienia zaledwie, powołując się w tym względzie na pogląd A. Zolla, „że – podobnie jak w przypadku sprawstwa

[729] A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 178.

[730] A. Wąsek, *Formy* …, 1998, s. 120; tenże, *Kodeks* …, 1999, s. 258-262; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 251.

[731] Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 32.

[732] Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 160.

[733] K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 237.

[734] Tamże.

kierowniczego – nie jest wykluczona odpowiedzialność sprawcy polecającego za przestępstwo nieumyślne, gdyż przedmiotem polecenia może być wykonanie czynu naruszającego reguły ostrożności, którego skutkiem jest niezamierzona przez niego realizacja znamion czynu zabronionego, którą przewidywał lub mógł przewidzieć”[735].

Nieco szerzej w omawianym zakresie wypowiada się J. Giezek, który – powołując się na wcześniej zaprezentowane poglądy doktryny prawa karnego – przyznaje, że „nie da się wykluczyć, że sprawstwo kierownicze okaże się nieumyślnie popełnianym przez kierującego czynem zabronionym”, zaś w tego rodzaju przypadkach uwzględniając treść art. 9 § 2 K.k. „należałoby – w ramach przypisywania nieumyślnego sprawstwa kierowniczego – ustalić, że kierujący zachowaniem innej osoby nie miał zamiaru popełnienia w takiej formie czynu zabronionego, jednak – przewidując lub mogąc przewidzieć jego popełnienie przez bezpośredniego wykonawcę – kierował jego prowadzącym do realizacji znamion nieostrożnym zachowaniem”[736]. Zdaniem komentatora „dobry przykład takiej sytuacji zdaje się stanowić zachowanie doświadczonego chirurga, który – nie uczestnicząc osobiście w zabiegu operacyjnym – w sposób sprzeczny z obowiązującymi w medycynie regułami postępowania kierowałby jednak jego wykonaniem przez zespół podlegających mu lekarzy, co w rezultacie prowadziłoby do spowodowania śmierci pacjenta lub poważnego uszczerbku na jego zdrowiu”[737]. Problem w sposób zbliżony wyłożony jest w pracach W. Wróbla i A. Zolla, którzy w kolejno wydanych podręcznikach wskazują, że „podobnie jak w przypadku współsprawstwa jest możliwa realizacja w formie sprawstwa kierowniczego znamion typu nieumyślnego czynu zabronionego”[738]. Autorzy nadmieniają zarazem, że dzieje się tak wówczas, gdy sprawca – kierując wykonaniem określonego zachowania przez inne osoby – pozostaje w błędzie co do faktycznego znaczenia tej czynności[739]. Jako ilustrację takiego stanu rzeczy podają oni kierowanie działaniami zespołu prowadzącego procesy produkcyjne lub technologiczne, w wyniku którego dochodzi do sprowadzenia powszechnego niebezpieczeństwa[740].

[735] M. Klepner, *Sprawstwo* …, 2002, s. 80.

[736] J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 164.

[737] Tamże.

[738] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2011, s. 260-261; ciż, *Polskie* …, 2014, s. 265.

[739] Tamże.

[740] Tamże.

P. Kardas natomiast, mimo że w monografii poświęconej problematyce przestępnego współdziałania nie koncentruje się na omawianej kwestii[741], w późniejszych pracach wyraźnie opowiada się za możliwością przypisania kierującemu odpowiedzialności zarówno za umyślne, jak i nieumyślne popełnienie czynu zabronionego[742]. Jego zdaniem: „Nieumyślne sprawstwo kierownicze należy przyjąć (…) w sytuacji, gdy kierujący zachowaniem innej osoby nie ma zamiaru wykonania w ten sposób czynu zabronionego, jednak przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego przez bezpośredniego wykonawcę lub takiej możliwości nie przewiduje w sytuacji, gdy miał możliwość przewidywania"[743]. Autor przedstawia także ciekawy głos polemiczny, pisząc: „Trudno (…) uznać za przekonywające twierdzenie, że operowanie konstrukcją sprawstwa kierowniczego czynu nieumyślnego nie jest ani potrzebne, ani też właściwe, albowiem szerokie ujęcie sprawstwa czynów nieumyślnych pozwala zachowanie polegające na kierowaniu uznać za sprawstwo pojedyncze. (…) Przeciwko takiej koncepcji przemawia zarówno wąskie, tj. nieróżniące się zakresowo od sprawstwa przestępstwa umyślnego, ujęcie sprawstwa przestępstwa nieumyślnego, jak i to, że zachowanie polegające na kierowaniu bynajmniej nie w każdym przypadku może stanowić podstawę odpowiedzialności z uwagi na kryteria obiektywnego przypisania"[744]. Warto nadmienić, że w tym tonie autor wypowiada się również na gruncie Kodeksu karnego skarbowego[745].

Krótko, aczkolwiek aprobująco, odnosi się do omawianej kwestii L. Tyszkiewicz. Jego zdaniem: „Możliwe jest sprawstwo kierownicze przestępstwa nieumyślnego, które zachodzi, gdy przedmiotem kierowania będzie przedsięwzięcie wykonane bez zachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach"[746]. Podobny pogląd wyrażają M. Królikowski i R. Zawłocki, wskazując, że „sprawca kierowniczy formalnie może umyślnie i nieumyślnie kierować wykonaniem umyślnego i nieumyślnego czynu zabronionego"[747]. Autorzy ponadto trafnie zauważają, że „ustawodawca nie ustanawia

[741] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, np. s. 491-517.

[742] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 331.

[743] Tamże.

[744] Tamże.

[745] P. Kardas [w:] P. Kardas, G. Łabuda, T. Razowski, *Kodeks karny skarbowy. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 220-221.

[746] L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 72; tenże [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 95.

[747] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 232.

tutaj określonych wymogów”[748]. W tym tonie wypowiada się również A. Sakowicz, rozwijając stanowisko zaprezentowane w literaturze, w słowach: „W przypadku nieumyślnego sprawstwa kierowniczego, strona podmiotowa kierującego zachowaniem bezpośredniego wykonawcy charakteryzuje się brakiem zamiaru oraz przewidywaniem możliwości popełnienia czynu zabronionego przez wykonawcę lub nieprzewidywaniem takiej możliwości, w sytuacji gdy miał możliwość jej przewidywania”[749]. Autor za nieodzowne uznaje także to, aby czyn, nad którym sprawca kierowniczy posiada władztwo stanowił naruszenie reguł ostrożności prowadzące do realizacji znamion czynu zabronionego niezamierzonego przez tego sprawcę[750].

Przychylnie – choć we wcześniejszej pracy prezentowała raczej sceptyczne stanowisko[751] – zdaje się wypowiadać również A. Liszewska[752]. Autorka wprawdzie formułuje wątpliwości sprowadzające się zasadniczo do pytania o to, „czy subiektywne nastawienie sprawcy kierowniczego, polegające na świadomości sterowania zachowaniem innej osoby i woli popełnienia za jej pośrednictwem czynu zabronionego, nie wyklucza możliwości przypisania temu sprawcy odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne”[753]. Aczkolwiek, mimo że zwraca ona uwagę na istnienie odmiennych poglądów, przyłącza się do zapatrywań większości doktryny, wskazując, że „przedmiotem świadomości i woli sprawcy kierowniczego należy uczynić wyłącznie określone zachowanie innej osoby i dlatego pojęciowo możliwe jest kierowanie, które sprowadza się do sterowania czynem naruszającym reguły ostrożności w sytuacji, gdy kierujący wykonaniem tego czynu przez inną osobę nie miał zamiaru doprowadzenia do dokonania czynu zabronionego, chociaż możliwość taką przewidywał albo mógł przewidzieć”[754]. Zdaniem autorki przesądza to zatem, że sprawca kierowniczy może odpowiedzieć za nieumyślne dokonanie czynu zabronionego[755]. Do stanowiska większościowego, jak można ocenić, przyłącza się także M. Kulik, pisząc: „Możliwe jest sprawstwo kierownicze przestępstwa nieumyślnego. W takim wypadku sprawca

[748] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 232.

[749] A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, s. 709-710; tenże [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2017, Warszawa 2017, s. 447.

[750] Tamże.

[751] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 70 i n.

[752] A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 52.

[753] Tamże.

[754] Tamże.

[755] Tamże.

kierowniczy kieruje zachowaniem naruszającym reguły ostrożności, przewidując lub mogąc przewidzieć popełnienie czynu zabronionego. Możliwe jest, że sprawca kierowniczy odpowiada za czyn umyślny, a bezpośredni wykonawca – za nieumyślny”[756].

Warto na marginesie zaznaczyć, że w części opracowań – obejmujących swoim zakresem tematycznym problematykę współdziałania przestępnego – w żaden sposób nie odniesiono do kwestii dopuszczalności formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego[757].

Jak już sygnalizowano na wstępie, poza wyrażeniem aprobaty dla stosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego na gruncie czynów charakteryzujących się nieumyślnością, co się niniejszym czyni, warto – przed zaprezentowaniem wniosków płynących z lektury literatury poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych – wyeksponować zrębowe elementy omawianej instytucji, uwidaczniające się z perspektywy nastawienia obu współdziałających charakterystycznego dla nieumyślności.

Mianowicie analiza art. 18 § 1 zd. 3 K.k. w kontekście art. 9 § 2 K.k. w związku z art. 20 K.k. skłania do przekonania, że nieumyślne sprawstwo kierownicze do czynu nieumyślnego zachodzi, gdy – poza wypełnieniem elementów konstytutywnych sprawstwa kierowniczego – po stronie każdego ze współdziałających spełnione są przesłanki nieumyślności, a mianowicie, gdy:

1) Zarówno kierujący zachowaniem innej osoby nie ma zamiaru wykonania w ten sposób czynu zabronionego, jak i bezpośredni wykonawca nie ma zamiaru jego

---

[756] M. Kulik, *Komentarz do art. 18 K.k.* [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany – wydanie elektroniczne*, LEX 2018, teza 17; Tak też autor wypowiada się we wcześniejszych opracowaniach: M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 328; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 71.

[757] Zob. L. Lernell, *Wykład* …, 1969, s. 193, s. 191-192; I. Andrejew, *Polskie* …, 1970, s. 157; tenże, *Polskie* …, 1989, s. 230; W. Świda, *Prawo* …, 1978, s. 228; tenże, *Prawo karne*, Warszawa 1986, s. 227; J. Bafia, *Polskie* …, 1989, s. 104; M. Cieślak, *Polskie* …, 1994, s. 375; A. Gubiński, *Zasady* …, 1996, s. 86-87; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 491-517; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 975-989; J. Wojciechowski, *Kodeks* …, 2002, s. 56; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 91-92; tenże, *Prawo* …, 2015; s. 98-99; J. Warylewski, *Prawo* …, 2004, s. 317; tenże, *Prawo* …, 2017, s. 447-448; A. Grześkowiak (red.), *Prawo* …, 2007, s. 140-141; G. Rejman, *Zasady* …, 2009, s. 311-431; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 73; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 204-205; B. Namysłowska-Gabrysiak, *Prawo* …, 2011, s. 85-86; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak, *Kodeks* …, 2012, s. 165-167; tenże [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak, *Kodeks* …, 2018, s. 193-194; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 277-279; V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 140-142; B. J. Stefańska [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 231-232; L. Tyszkiewicz [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 159.

popełnienia podejmując się określonego zachowania pod owym kierownictwem, tj. żaden z nich nie chce popełnić czynu zabronionego ani na to się nie godzi;

2) Pomimo braku zamiaru po stronie któregokolwiek ze współdziałających, do realizacji znamion czynu zabronionego jednak dochodzi, poprzez zachodzące w koincydencji czasowej zachowania sprawcy kierowniczego i bezpośredniego wykonawcy, tj. zarówno poprzez akt bezpośredniego wykonania czynu przez osobę sterowaną zachowaniem kierownika danego przedsięwzięcia, jak i poprzez postępowanie samego kierownika, który wprawdzie nie realizuje własnoręcznie żadnego ze znamion typu czynu zabronionego, wykonuje go jednak pośrednio poprzez zachowanie osoby pozostającej pod jego kierownictwem;

3) Do realizacji znamion czynu zabronionego dochodzi na skutek niezachowania przez współdziałających ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, tj. w wyniku zarówno niedochowania przez kierującego wymaganych w owym procesie kierowania danym przedsięwzięciem reguł ostrożności, jak i naruszenia przez bezpośredniego wykonawcę obowiązujących go w tym układzie sytuacyjnym zasad ostrożnego postępowania z dobrem prawnym;

4) Do popełnienia czynu zabronionego na skutek niedochowania wymaganej ostrożności dochodzi, mimo że każdy ze współdziałających przewiduje możliwość jego popełnienia albo takiej możliwości nie przewiduje, choć można tej świadomości od każdego z nich oczekiwać, a dokładniej:

   — kierownikowi musi towarzyszyć albo nieświadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego poprzez kierowanie konkretnym zachowaniem określonej osoby, choć mógł przewidzieć taki obrót sprawy, albo przewidywanie możliwości popełnienia w ten sposób czynu zabronionego, przy jednoczesnym braku zamiaru jego popełnienia,

   — bezpośredniemu wykonawcy musi towarzyszyć albo nieświadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego poprzez podjęcie się wykonania konkretnego zachowania pod kierunkiem określonej osoby, choć taki obrót sprawy mógł

przewidzieć, albo przewidywanie możliwości popełnienia na tej drodze czynu zabronionego, przy jednoczesnym braku zamiaru jego popełnienia[758].

Należy jednak przy tym wyraźnie zaznaczyć, że – stosownie do unormowań art. 1 § 3 K.k. oraz art. 20 K.k. – brak możliwości przypisania nieumyślności albo winy jednemu ze współdziałających, tj. sprawcy kierowniczemu albo bezpośredniemu wykonawcy, nie rzutuje na możliwość zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego, a tym samym przypisania odpowiedzialności karnej temu ze współdziałających, co do którego spełnione są przesłanki nieumyślności oraz możliwe jest przypisanie winy. Warto jednak w tym kontekście podkreślić, że wystąpienie u któregokolwiek ze współdziałających nastawienia psychicznego – zarówno w warstwie intelektualnej, jak i wolitywnej – charakterystycznego dla umyślności, wyklucza kwalifikację takiego współdziałania jako nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego, aczkolwiek nie wyklucza odpowiedzialności kierownika (za sprawstwo kierownicze) oraz bezpośredniego wykonawcy (za sprawstwo pojedyncze) w granicach ich własnej umyślności lub nieumyślności niezależnie od odpowiedzialności pozostałych współdziałających.

Jak wskazano, jednym z warunków uznania danego zdarzenia za nieumyślne sprawstwo kierownicze do czynu nieumyślnego, jest niedochowanie – zarówno przez sprawcę kierowniczego, jak i bezpośredniego wykonawcę – wymaganej ostrożności. Jako że – stosownie do art. 9 § 2 K.k. – warunek ten należy odnosić do danych okoliczności, zasadnym jest twierdzić, że reguły ostrożności obowiązujące poszczególnych współdziałających mogą być różne. W tym kontekście problematycznym pozostaje nawet nie tyle, kiedy zachowanie podjęte pod czyimś kierownictwem można uznać za nieostrożne, ile – kiedy akt kierowania danym zachowaniem można ocenić jako niezgodny z regułami ostrożności. W przypadku tego pierwszego, jak można sądzić, pod rozwagę należałoby wziąć reguły ostrożności dedykowane sprawcy występującego w pozycji sprawcy pojedynczego, uzupełnione ewentualnie o stosowne zasady zespołowego działania, w szczególności zasadę ograniczonego zaufania, która – jak już podkreślano – ma działanie dwukierunkowe, a zatem obowiązuje również względem osoby, pod której władztwem się pozostaje. Bliżej warto przyjrzeć się jednak

[758] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 458-459.

drugiemu z wymienionych zachowań, a mianowicie aktowi kierowania i rozważyć, w jakich aspektach może przejawiać się nieostrożność kierującego. W tym celu warto podążyć wyznaczonym przez K. Buchałę i A. Zolla tokiem rozumowania, zgodnie z którym reguły ostrożności odnoszą się do kwalifikacji podmiotu, narzędzi oraz sposobu zachowania[759]. Czyniąc przedstawione stanowisko punktem odniesienia, na postawione pytanie można odpowiedzieć, iż o nieprawidłowości aktu kierowania wypada wnioskować z symptomów występujących w następujących sferach: po pierwsze – kompetencje (formalne i materialne) potrzebne do pokierowania czyimś postępowaniem (problem bycia kompetentnym do sprawowania kierownictwa) oraz takowe w odniesieniu do wykonawcy poddawanej kierownictwu czynności (problem bycia zdolnym do jej prawidłowego wykonania); po drugie – forma czynności kierowania, w tym sposób przekazu (np. klarowność poleceń służbowych, będących głównym narzędziem realizacji kierownictwa pracą innych osób); po trzecie – specyfika zachowania (jego poprawność, ostrożność albo wadliwość), do którego wykonania skłania się inną osobę, a następnie kieruje jego wykonaniem, w tym sposób jego wykonania.

4.3. Zastosowanie konstrukcji nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych

Na gruncie literatury poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych wyraźnie daje się zauważyć, że w większości opracowań z tego zakresu nie rozważa się szerzej możliwości zastosowania formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynu nieumyślnego[760]. Wprawdzie zdawkowo do rzeczonego zagadnienia – w kontekście „lekarskiego obowiązku ostrożności przy czynnościach zespołowych" – odnosi się A. Liszewska, wyraża ona jednak sceptycyzm wobec możliwości zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego w odniesieniu do „czynności lekarskich"[761]. W kolejnym swym dziele autorka niejako uzupełnia wcześniejsze stanowisko podkreślając, iż „wobec szerokiego ujęcia sprawstwa czynów

[759] K. Buchała, *Bezprawność* …, 1971, s. 122; A. Zoll, Brak …, 1988, s. 247-248; tenże, *Ogólne zasady* …, 1990, s. 35.

[760] Zob. M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 124-125; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 221-224; R. Augustyn, *Zarys* …, 2010, s. 36; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 359-365; Por. A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 441-471.

[761] A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 124.

nieumyślnych (…) wydaje się, że operowanie konstrukcją sprawstwa kierowniczego czynu nieumyślnego nie jest ani potrzebne, ani też właściwe", jako że „jeśli ktoś «kieruje» wykonaniem czynu stanowiącego naruszenie reguł ostrożności, czym doprowadza do realizacji znamion niezamierzonego przez niego czynu zabronionego, to jest sprawcą bezpośrednim albo współsprawcą tego czynu"[762]; choć – co godzi się jednocześnie nadmienić – na przestrzeni czasu przytoczone stanowisko uległo modyfikacji w kierunku aprobaty dla zastosowania instytucji sprawstwa kierowniczego w przypadku czynu nieumyślnego[763]. W podobnym tonie wypowiada się również E. Zielińska podkreślając, że „nie można zasadniczo ponosić odpowiedzialności za zachowania innych osób (chyba, że w grę wchodzi współsprawstwo, sprawstwo kierownicze lub polecające, zakładające porozumienie między członkami zespołu co do wadliwego wykonania konkretnej czynności lekarskiej, czego oczywiście nie można wykluczyć, lecz co w praktyce nie rodzi problemów prawnych)"[764]. Aprobująco do kwestii dopuszczalności zastosowania konstrukcji sprawczego współdziałania na gruncie pracy zespołu medycznego, zdaje się odnosić R. Kubiak, niemniej rozważania te również mają charakter jedynie marginesowy[765]. Szerzej zakreślone zagadnienie omawia jedynie T. Sroka, który wskazuje na zasadność zastosowania sprawstwa kierowniczego do przypadków współdziałania w zespole medycznym w warunkach struktury pionowej[766]. Zdaniem autora z perspektywy sprawstwa kierowniczego do popełnienia czynu nieumyślnego należy ocenić sytuacje, w których „jedna osoba lub grupa osób podejmują decyzję co do kierunku i sposobu leczenia konkretnego pacjenta, zaś inna osoba lub osoby następnie wykonują czynność wynikającą z uprzednio podjętej decyzji", z tym jednak zastrzeżeniem, że „pomiędzy osobami współdziałającymi zachodzi stosunek podporządkowania, w ramach którego jedna osoba (lub osoby) znajduje się w pozycji nadrzędnej w stosunku do innej (innych), zaś osoba (osoby) znajdująca się w pozycji podrzędnej zobowiązana jest do wykonywania poleceń, także w zakresie czynności stanowiących bezpośrednio czynności lecznicze"[767]. Autor słusznie zauważa, że „osoba współdziałająca w procesie leczenia, znajdując się w pozycji nadrzędnej, posiada władztwo nad czynnościami wykonywanymi przez osobę znajdującą się

[762] A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 71.

[763] A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 52.

[764] E. Zielińska, *Wzajemne* …, 2001, s. 39.

[765] R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 2012, s. 118.

[766] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 410 i n.

[767] Tamże, s. 411.

w pozycji podrzędnej"; ma ona „możliwość decydowania, kiedy, jakie czynności i w jaki sposób należy podjąć w stosunku do pacjenta, a także może modyfikować dowolnie sposób wykonywania czynności przez osobę znajdującą się w pozycji podrzędnej", co w konsekwencji przesądza, że „powstanie negatywnego skutku w efekcie wykonania przez osobę znajdującą się w pozycji podrzędnej decyzji dotyczącej sposobu leczenia konkretnego pacjenta, a przekazanej jej przez osobę znajdującą się w pozycji nadrzędnej, winno prowadzić do rozważenia odpowiedzialności karnej tej ostatniej z perspektywy sprawstwa kierowniczego do popełnienia przestępstwa nieumyślnego"[768]. Autor nie odnosi się jednak do strony podmiotowej zachowania realizowanego przez kierującego.

Przystępując do zaprezentowania własnego stanowiska rozpocząć wypada od wskazania, że spełnienie przesłanek sprawstwa kierowniczego warto rozważyć w przypadku zdarzeń, w ramach których przynajmniej jeden spośród członków zespołu medycznego posiada pozycję dominującą, pozwalającą na sterowanie zachowaniem pozostałych profesjonalistów medycznych, znajdujących się w takiej względem niego relacji, która jawi się jako rodzaj stosunku podległości, w świadomości kierowanych wywołującego poczucie obowiązku postępowania według wytycznych osoby albo osób, pod których kierownictwem pozostają. W sytuacji, gdy kierownictwo dzierżone jest przez grupę osób, sprawę należałoby ocenić w kategoriach sprawstwa kierowniczego we współsprawstwie[769]. Ze wskazanej na wstępie perspektywy – zwłaszcza odnosząc znamię „kieruje" do tego, co podnoszono w ramach rozważań poświęconych statusowi profesjonalisty medycznego wynikającemu z rodzaju zatrudnienia – należy zauważyć, że analiza konstytutywnych elementów sprawstwa kierowniczego wiedzie do przekonania, iż ustawodawca nie dookreślił, z czego wynikać ma władztwo sprawcy kierowniczego nad zachowaniem bezpośredniego wykonawcy, aby możliwe było ustalenie bytu sprawstwa kierowniczego. Jak się jednak wskazuje w doktrynie prawa karnego i orzecznictwie sądowym, sprawstwo kierownicze zasadza się na faktycznym panowaniu nad czynem bezpośredniego wykonawcy[770]; obiektywnej, rzeczywistej

[768] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 412.

[769] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 304; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 413.

[770] A. Zoll, *Odpowiedzialność kierującego* …, 1970, s. 61; W. Mącior, W. Mącior, *Postacie* …, 1971, s. 757; tenże, *Formy* …, 1996, s. 78; G. Rejman, *Przegląd* …, 1977, s. 368; K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 304; M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 76; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 511 i n. oraz 513 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 325 i n.; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 986 i n.; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 91 i n.; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 70; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 264; M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 232;

możliwości kształtowania postępowania bezpośredniego wykonawcy[771]. Mając powyższe na uwadze wypada dojść do wniosku, że formuła sprawstwa kierowniczego może znaleźć zastosowanie nie tylko w tych układach okoliczności faktycznych, w których zachodzi stosunek pracy. Rozważenie – wziąwszy jednakowoż pod uwagę czy w konkretnych okolicznościach na kierującym ciąży prawny, szczególny obowiązek sprawowania władztwa – omawianej formy zjawiskowej popełnienia czynu zabronionego nie wydaje się wykluczone również w przypadku zatrudnienia typu cywilnoprawnego oraz w odniesieniu do modelu konsultanckiego jako koncepcji zarządzania jednostkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego. Aczkolwiek zastrzec należy, że konstrukcja sprawstwa kierowniczego zakłada, poza wspomnianym rodzajem władztwa nad osobą i jej poczynaniami, także specyficzny układ czasowy, w którym czynność kierowania musi być temporalnie zbieżna z urzeczywistnieniem przez kierowanego znamion czynu zabronionego[772]. Ten zaś aspekt przedmiotowej konstrukcji nie pozostaje obojętny dla zakreślenia kręgu osób znajdujących się w pozycji charakterystycznej dla sprawcy kierowniczego. Z tej z kolei perspektywy warte przypomnienia jest – tym razem w kontekście rozważań poświęconych problematyce błędu organizacyjnego – że samo opracowanie planu, podział ról, określenie miejsca, sposobu i czasu planowanego przedsięwzięcia, bez jednak późniejszego sterowania przez jej organizatora zachowaniem bezpośredniego wykonawcy, nie może być uznane za sprawstwo kierownicze ze względu na brak w tego rodzaju układzie sytuacyjnym elementu faktycznego panowania nad wykonaniem czynu zabronionego w wymaganej ustawą koincydencji czasowej, która zachodzi tylko wówczas, gdy czynność kierowania ma miejsce na etapie urzeczywistniania znamion czynu[773]. Natomiast, jak można ocenić,

---

J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 277 i n.; Zob. też: wyr. SN z dnia 30 maja 1975 r., Rw 204/75, OSNKW 1975, Nr 8, poz. 115; wyr. SN z dnia 5 października 1984 r., IV KR 207/84, OSNPG 1985, Nr 3, poz. 32; wyr. SN z dnia 22 grudnia 1987, IV KR 412/87, OSNPG 1988, Nr 12, poz. 123; wyr. SN z dnia 15 lutego 2005 r., III KK 165/04, OSNwSK 2005, Nr 1, poz. 354.

[771] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 509 oraz 511 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 327; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 986 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 265.

[772] Tak: T. Florek, *Czy „sprawstwo kierownicze"* …, 1974, s. 88-90; M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 78; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 508 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 327-329; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 987; M. Szczepaniec, *Sprawstwo* …, 2007, s. 74 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 264; Tak też w orzecznictwie: wyr. SN z dnia 30 maja 1975 r., Rw 204/75, OSNKW 1975, Nr 8, poz. 115; wyr. SN z dnia 15 lutego 2005 r., III KK 165/04, OSNwSK 2005, Nr 1, poz. 354; Odmiennie: W. Radomski, K. Urbanek, *Sprawstwo* …, 1975, s. 43; A. Wąsek, *Współsprawstwo w polskim* …, 1977, s. 96 i n.; W. Cieślak, *Kierowanie* …, 1992, s. 72-74; oraz post. SN z dnia 13 stycznia 2004 r., V KK 170/03, Lex Nr 109496.

[773] M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 78; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 512 i n. oraz 514; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 327-329; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 987;

za sprawcę kierowniczego może być uznany np. ordynator, czyli osoba sprawująca funkcje kierownicze w oddziale, będący w danym momencie operatorem w ramach zespołowo wykonywanego zabiegu chirurgicznego wymagającego udziału asysty i instrumentariuszek, który kieruje wykonaniem określonych zadań przez podległy mu personel, organizując ów proces, bezpośrednio czuwając nad jego przebiegiem i wydając decyzje co do rozpoczęcia, sposobu prowadzenia, zmiany przebiegu i przerwania operacji. W pozycji charakterystycznej dla sprawcy kierowniczego znajduje się także opiekun praktyk lub stażu albo kierownik specjalizacji, w momencie sprawowania bezpośredniego nadzoru nad czynnościami wykonywanymi przez będącego pod jego opieką – odpowiednio – praktykanta, stażysty albo specjalizanta. Tego rodzaju, charakterystyczny dla sprawstwa kierowniczego, układ osobowy i temporalny zachodzi również w ramach aktywności podejmowanej przez zespół ratownictwa medycznego, pracą którego podczas przeprowadzania medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia kieruje jeden z członków zespołu.

Rozważając możliwość zastosowania formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego do czynów nieumyślnych na gruncie spraw medycznych, tym razem z punktu widzenia charakterystycznych dla niej układów sytuacyjnych, wypada wyróżnić trzy warianty przebiegu zdarzeń mogące rzutować na karnoprawną sytuację członków zespołu[774]. Pierwszy z nich sprowadza się do tego, że kierownik zespołu niewłaściwie pełni swoje obowiązki i w konsekwencji jego błędnych decyzji dochodzi do wadliwego udzielenia świadczenia. W takim przypadku istnieją podstawy do zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego, co zasadniczo oznacza odpowiedzialność zarówno kierownika, jak i bezpośrednich wykonawców – za to co wspólnie uczynili. Po drugie możliwa jest sytuacja, w której kierownik zespołu podejmuje obiektywnie trafne decyzje i właściwie kieruje ich wdrożeniem, jednakże bezpośredni wykonawca albo realizuje mniej albo dopuszcza się dokonania więcej niż to, czego oczekuje kierujący, a więc zawodzi wykonanie poprawnie podjętych decyzji. Tego rodzaju stany faktyczne należy ocenić z perspektywy ekscesu bezpośredniego wykonawcy, co oznacza brak podstaw do zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego, jako że zachowanie kierowanego świadczy o tym, że kierownik w rzeczywistości nie panuje nad przebiegiem

A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 70; M. Szczepaniec, *Sprawstwo* …, 2007, s. 74 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 264.

[774] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna …, t. 3*, 2021, s. 461.

zdarzenia. W tym przypadku możliwa jest odpowiedzialność jedynie bezpośredniego wykonawcy jako sprawcy pojedynczego, w granicach naruszonych przez siebie reguł ostrożności. Po trzecie nie można wykluczyć zaistnienia zdarzenia, w którym pomimo wadliwego kierownictwa, bezpośredni wykonawca właściwie udziela świadczenia, odwracając w ten sposób niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta wywołane zachowaniem osoby, pod której kierunkiem pracuje. Wówczas z uwagi na brak realizacji znamion czynu zabronionego, w szczególności zaś przestępnego skutku, zdarzenie to jest karnoprawnie irrelewantne, zakładając bowiem nieumyślność po stronie kierownika, nie jest możliwe przypisanie mu usiłowania sprawstwa kierowniczego, jako że konstytutywnym elementem usiłowania jest zamiar popełnienia czynu zabronionego, który w tym wariancie sytuacyjnym nie występuje.

5. Sprawstwo polecające w zespole medycznym

5.1. Konstytutywne elementy sprawstwa polecającego z perspektywy czynów charakteryzujących się nieumyślnością

Sprawstwo polecające zasadza się na dwóch konstytutywnych elementach. Pierwszym z nich jest obiektywne istnienie – między wydającym polecenie a bezpośrednim wykonawcą czynu objętego treścią polecenia – stosunku zależności, który to stan rzeczy powinien jednocześnie znajdować odbicie w świadomości zarówno sprawcy polecającego, jak i bezpośredniego wykonawcy. Drugim elementem jest natomiast wydanie polecenia wykonania czynu zabronionego, zakładające: u poleceniodawcy – świadomość i wolę realizacji czynności polecania przy wykorzystaniu wskazanej relacji zależności, lecz także świadomość, że adresat polecenia znajduje się w położeniu obligującym go do wykonania dyspozycji oraz wolę, aby treść polecenia została wykonana; zaś po stronie adresata polecenia – przekonanie, że ze względu na swoje specyficzne położenie realizacja wydanej dyspozycji jest konieczna.

Wskazuje się, że instytucja sprawstwa polecającego – jako że stanowi rozszerzenie istniejącej na gruncie wcześniejszej ustawy karnej możliwości przypisania sprawstwa osobie wydającej żołnierzowi rozkaz popełnienia przestępstwa – zapełnia lukę w postaci braku w poprzednim stanie prawnym podstawy do uznania za sprawcę osoby pełniącej funkcje kierownicze w różnego rodzaju strukturach organizacyjnych, polegające na wydawaniu wiążących poleceń bez dalszego jednak kierowania

ich wykonaniem, i stąd nie mogące być uznane za realizację znamion sprawstwa kierowniczego[775]. Dla bytu sprawstwa polecającego – w przeciwieństwie do sprawstwa kierowniczego zakładającego władztwo nad rozwojem i przebiegiem zdarzenia – wystarcza bowiem wydanie polecenia, jako że konstrukcja ta nie wymaga nawet pośredniego uczestniczenia poleceniodawcy w toku realizacji znamion czynu zabronionego, ograniczając jego rolę wyłącznie do etapu poprzedzającego wykonanie czynu zabronionego[776]. W tym sensie „w przypadku sprawstwa polecającego związek wydającego polecenie z formalno-obiektywnym wykonaniem czynu zabronionego jest znacznie słabszy, niż w przypadku sprawstwa kierowniczego"[777].

Jednocześnie jednak formuła sprawstwa polecającego przewiduje wyraźne uzależnienie bezpośredniego wykonawcy od wydającego polecenie oraz stanowczą formę oddziaływania polecającego na adresata polecenia, niewystępujące w przypadku podżegania[778]. Polecenie zawiera wszak – poza elementem nakłaniania do popełnienia określonego czynu – czynnik wzmacniający stanowczość oświadczenia woli polecającego, przejawiający się w nałożeniu na adresata polecenia obowiązku określonego zachowania, kategorycznym nakazaniu mu konkretnego postępowania lub zleceniu mu dokonania albo powstrzymania się od dokonania określonych czynności, połączonego z wyraźnym zobowiązaniem do wykonania takiej dyspozycji[779]. Przy czym wartym podkreślenia jest, że nie jest koniecznym wywołanie u bezpośredniego wykonawcy poprzez akt polecania zamiaru popełnienia czynu zabronionego, równie dobrze może być to bowiem wywołanie decyzji zachowania się w sposób niezgodny z regułami ostrożności[780].

---

[775] M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 69, 72, 79 i n.; M. Klepner, *Sprawstwo* …, 2002, s. 71 i n.; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 518 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 334; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 989 i n.; M. Szczepaniec, *Sprawstwo* …, 2007, s. 75 i n.; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 104 i n.

[776] M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 79; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 520; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 335; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 991 i n.; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 104 i n.; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 279.

[777] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 335; Tak też: J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 105.

[778] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 520 i n.; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 335; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 991; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 106 i n.; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 279.

[779] M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 80; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 536; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 337-338; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 998; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 106 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 266.

[780] M. Klepner, *Sprawstwo* …, 2002, s. 65; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 338; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 107.

Jako że ustawa karna nie przewiduje szczególnej formy tej czynności przyjmuje się, że polecenie może mieć charakter zarówno pisemny, jak i ustny, lecz także konkludentny, dorozumiany; wystarczy, by nosiło ono cechy wyraźnego zamanifestowania przez polecającego woli wykonania zindywidualizowanego czynu przez adresata tego polecenia; a ponadto wskazuje się, że – ze względu wpisaną w istotę sprawstwa polecającego chronologię zdarzeń – dyspozycja taka musi być wydana przed przystąpieniem do wykonania określonego czynu lub najpóźniej w momencie rozpoczęcia realizacji jego znamion przez bezpośredniego wykonawcę[781]. Rozpatrując polecenie z perspektywy wykonywania działalności leczniczej za dopuszczalne można uznać jego wydanie np. w formie zarządzeń, regulaminów, harmonogramów pracy, przepisów porządkowych[782]. Wprawdzie wśród klasycznych środków kierownictwa odróżnia się „polecenie służbowe (akt indywidualny nakazujący) i tzw. zarządzenie władzy (akt ogólny adresowany do szerszego kręgu adresatów, zawierający określone wiążące dyrektywy zachowania)”[783], tym niemniej, choć to ostatnie nie jest przekazem kierowanym do zindywidualizowanej osoby, zasadniczo zawiera reguły zobowiązujące jednostkę, która znajdzie się w danych okolicznościach do określonego zachowania, i w tym sensie z chwilą znalezienia się przez nią w owych okolicznościach aktualizuje się względem niej zindywidualizowane zobowiązanie do zachowania się w przewidziany na tej drodze sposób.

Również w odniesieniu do kwestii istnienia stosunku zależności ustawodawca nie dookreśla rodzaju podporządkowania adresata wydającemu polecenie, co pozwala przyjąć, że może mieć ono charakter zarówno formalny, wynikający z funkcjonowania współdziałających w zhierarchizowanej strukturze, jak i nieformalny, uwarunkowany konkretnym układem okoliczności faktycznych, determinującym istnienie w nim relacji podległości organizacyjnej lub psychicznej tego typu, że osoba, do której skierowane jest polecenie czuje się zobligowana do jego wykonania[784]. Chodzi zatem o wykorzystanie przez poleceniodawcę takiego położenia innej osoby względem siebie, w którym – niezależnie od źródła uzależnienia – niewykonanie polecenia naraża ją na negatywne

[781] K. Buchała, A. Zoll, *Polskie* …, 1997, s. 180; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 338; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 107; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 266.

[782] W tym tonie: Z. Kubot, *Prawne* …, 2001, s. 22.

[783] J. Jagielski, *Kontrola* …, 2018, s. 54.

[784] L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 92; M. Szczepaniec, *Sprawstwo* …, 2007, s. 76 i n.; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 339; Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 34 i n.; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 107 i n.; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 265; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 448.

konsekwencje (np. w postaci odpowiedzialności służbowej, utraty pracy lub środków utrzymania, ostracyzmu w środowisku pracy, izolacji zawodowej, trudności w odbywaniu szkolenia zawodowego, wykluczenia społecznego, groźby albo szantażu), zaś wizja wymierzenia owych konsekwencji i obawa przed ich poniesieniem skłania taką osobę do podjęcia decyzji o zachowaniu się w sposób niezgodny z regułami ostrożnego postępowania z dobrem prawnym, a nawet powzięcia zamiaru popełnienia czynu zabronionego[785]. Przykład struktury organizacyjnej, w której mogą zachodzić obie wskazane formy zależności stanowi podmiot leczniczy, w ramach działalności którego jako pracodawcy występuje zjawisko podporządkowania służbowego, lecz jednocześnie nie jest wykluczone istnienie pewnego rodzaju nieformalnej hierarchii, wynikającej chociażby ze zróżnicowania wiedzy i doświadczenia poszczególnych profesjonalistów medycznych[786]. Specyfika działalności leczniczej powoduje więc, że uzależnienie jednej osoby od drugiej może wynikać także z relacji faktycznej, w jakiej pozostają względem siebie wskazane osoby, rodzącej w świadomości jednej z nich poczucie, że sytuacja wymaga od niej posłuszeństwa, u drugiej zaś przekonanie, że dysponuje pozycją, która uprawnia ją do wydawania wiążących dyspozycji, mimo że formalnie pomiędzy podmiotami tymi nie ma zależności typu przełożony – podwładny. Jeśli dysproporcja wiedzy i umiejętności między dwoma pracownikami medycznymi jest wyraźna, jak np. w przypadku szkolącego się lekarza oraz jego opiekuna, adresat polecenia może być wręcz psychicznie przymuszony do zachowania się w sposób zgodny z treścią polecenia, a zatem jego uzależnienie może sięgać nawet po granice przymusu psychicznego. Innymi słowy, we wskazanych okolicznościach władztwo nad osobą, do której kierowane jest polecenie może powodować, że bezpośredni wykonawca objętego poleceniem czynu – z uwagi na ograniczoną możliwość decydowania o sposobie swojego postępowania – staje się swoistym narzędziem w rękach poleceniodawcy; choć warto nadmienić, że to specyficzne położenie adresata polecenia nie musi automatycznie oznaczać po jego stronie wyłączenia winy[787].

[785] W tym tonie: M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 81; P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 338 i 339; Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 34 i n.; J. Badziak, *Przestępstwo* …, 2014, s. 108; W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 266 i n.; J. Warylewski, *Prawo* …, 2017, s. 448; Tak też: wyr. SN z dnia 25 czerwca 2008 r., IV KK 39/08, OSNKW 2008, Nr 9, poz. 73.

[786] A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 89.

[787] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 543 i n.; W tym tonie: M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 279; P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 1002.

W kontekście omawianego znamienia warto wyjaśnić ponadto wątpliwość mogącą pojawić się nie tyle w zakresie rozumienia słowa „uzależnienie", ile – interpretowanego w zestawieniu z tym ostatnim – czasownika „wykorzystać", w języku potocznym definiowanego jako użyć czegoś dla osiągnięcia jakiegoś celu lub pożytku, osiągnąć z czegoś korzyść, spożytkować, posłużyć się czymś lub kimś, skorzystać z czegoś, czerpać zyski[788]. Warto bowiem przypomnieć, że owo „wykorzystanie", względnie wyrażenie synonimiczne w postaci „nadużycia", jest znamieniem szeregu wyartykułowanych w ustawie karnej czynów zabronionych[789], w szczególności zaś art. 198 K.k. typizującego przestępstwo polegające na wykorzystaniu bezradności celem doprowadzenia do obcowania płciowego, określanego w literaturze jako takie, które – przez wzgląd na owo znamię – może być popełnione tylko umyślnie i jedynie z nastawieniem psychicznym właściwym zamiarowi bezpośredniemu[790]. To z kolei – w kontekście propozycji stosowania konstrukcji sprawstwa polecającego do czynów nieumyślnych – nasuwać może sygnalizowaną wątpliwość. Jak się jednak wydaje ustawodawca posłużył się w art. 18 § 1 zd. 4 K.k. słowem „wykorzystując" w znaczeniu potocznym, bez szczególnego jego nacechowania właściwego chociażby przestępstwom skierowanym przeciwko wolności seksualnej, zwłaszcza że art. 198 K.k. opisuje sytuację, w której osoba wykorzystana cechuje się dalece posuniętym ograniczeniem swobody decyzyjnej. A zatem, jak już wskazywano, zwrot: „wykorzystując uzależnienie innej osoby od siebie, poleca jej wykonanie czynu zabronionego" należałoby co do zasady rozumieć w tym sensie, w jakim ktoś wiedząc, że pozostaje w pozycji umożliwiającej wydanie innej osobie polecenia i wyegzekwowanie posłuchu, posłuszeństwa tej osoby, czyni użytek z tego faktu, korzysta z tej sytuacji, wydając owe polecenie, niekoniecznie mając świadomość kryminogennego charakteru takowej czynności. Aczkolwiek – jak już sygnalizowano – nie można wykluczyć sytuacji, w których adresat polecenia zostanie poddany tak silnej presji psychicznej, że presja ta będzie sięgać po granice przymusu psychicznego, nasuwając wątpliwość co do możliwości przypisaniu mu winy.

---

[788] Por. M. Szymczak (red.), *Słownik* …, 1981, s. 809.

[789] Por. art. 115 § 22 pkt 5 K.k. („nadużycie stosunku zależności", „wykorzystanie krytycznego położenia"); art. 198 K.k. („wykorzystanie bezradności"); art. 199 K.k. („nadużycie stosunku zależności", „wykorzystanie krytycznego położenia"); art. 203 K.k. („nadużycie stosunku zależności", „wykorzystanie krytycznego położenia"); art. 250 K.k. („nadużycie stosunku zależności").

[790] M. Mozgawa, *Komentarz do art. 198 K.k.* [w:] tenże (red.), *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany – wydanie elektroniczne*, LEX/el. 2021, teza 7-8.

5.2. Problematyka nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego

W kontekście odpowiedzialności pracowników medycznych za negatywne następstwa dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w warunkach wydawania i wykonywania poleceń w ramach struktur podmiotu leczniczego, zastosowanie znaleźć może formuła nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego. Pomimo, że sprawstwo polecające nie jest instytucją nową, przegląd literatury – rzecz jasna wydanej po dacie wejścia w życie przepisów, z mocy których ją wprowadzono – pozwala zauważyć, że problematyce nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego poświęcono jak dotąd niewiele uwagi[791]. Aby wyeksponować fakt, że poglądów prezentowanych w tym zakresie nie można uznać za wyczerpujące – a w konsekwencji, że wymagają one porządkującego i uzupełniającego omówienia – wypowiedzi ich autorów zdecydowano się przywołać *in extenso*. Ekspozycji domaga się w szczególności fakt, że formuła nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego jest swoistym kompleksem dwóch nieumyślnych zachowań, autorstwa dwóch osób postępujących nieostrożnie z perspektywy reguł charakterystycznych dla poszczególnych ich pozycji, tj. polecającego albo wykonawcy polecenia.

Jednym z pierwszych przedstawicieli doktryny odnoszących się do wskazanej kwestii jest A. Zoll, którego zdaniem „nie jest wykluczona odpowiedzialność sprawcy polecającego za przestępstwa nieumyślne”[792]. Jak podnosi autor „przedmiotem polecenia może być bowiem wykonanie czynu naruszającego reguły ostrożności, którego skutkiem jest niezamierzona przez sprawcę polecającego realizacja znamion czynu zabronionego, którą przewidywał lub mógł przewidzieć”[793]. Ł. Pohl – powołując się w tym względzie na pogląd A. Zolla – twierdzi, że „sprawstwo polecające, jak powszechnie się przyjmuje, może być także nieumyślne (choć podobnie jak przy sprawstwie kierowniczym jest to dyskusyjne)”[794]. Szerzej do problemu odnosi się autor w dopiero późniejszej publikacji, w której zauważa, że „sprawstwa polecającego można dopuścić się zarówno umyślnie, jak i nieumyślnie”, lecz jednocześnie doprecyzowuje, iż umyślnie można

[791] Próba wykazania tak postawionej tezy podjęta zostanie poprzez dokonanie przeglądu literatury przedmiotu. Punkt wyjścia tegoż przeglądu stanowić będzie piśmiennictwo karnistyczne. Natomiast analiza stanowisk prezentowanych w literaturze poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych przedstawiona zostanie odrębnie – w dalszej części rozważań, koncentrującej się na zastosowaniu formuły nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych.

[792] A. Zoll [w:] K. Buchała, A. Zoll, *Kodeks* …, 1998, s. 180.

[793] Tamże.

[794] Ł. Pohl, *Pomocnictwo* …, 2001, s. 35.

wydać polecenie wykonania zarówno umyślnego, jak i nieumyślnego czynu zabronionego, natomiast nieumyślnie można wydać jedynie polecenie wykonania nieumyślnego czynu zabronionego[795]. Z kolei M. Klepner, która także powołuje się na pogląd A. Zolla, wskazuje „że – podobnie jak w przypadku sprawstwa kierowniczego – nie jest wykluczona odpowiedzialność sprawcy polecającego za przestępstwo nieumyślne, gdyż przedmiotem polecenia może być wykonanie czynu naruszającego reguły ostrożności, którego skutkiem jest niezamierzona przez niego realizacja znamion czynu zabronionego, którą przewidywał lub mógł przewidzieć"[796]. Do przywołanej wypowiedzi A. Zolla nawiązuje również J. Giezek, który zauważa, iż „w literaturze wyrażony został pogląd, że nie jest wykluczona odpowiedzialność sprawcy polecającego za przestępstwo nieumyślne" – nie rozwija jednak tej myśli[797]. Ponadto z rozważań przedstawionych w innych fragmentach opracowań jego autorstwa można wnioskować, że dopuszcza on odpowiedzialność sprawcy polecającego za przestępstwo nieumyślne, tj. nieumyślne sprawstwo polecające[798]. Problem zasygnalizowany jest także w pracach W. Wróbla i A. Zolla, którzy w kolejno wydanych podręcznikach wskazują, że sprawstwo polecające może polegać „zarówno na umyślnej, jak i nieumyślnej realizacji znamion typu czynu zabronionego"[799]. Zdaniem autorów ta ostatnia sytuacja zachodzi wówczas, gdy „sprawca polecający pozostaje w błędzie co do faktycznego znaczenia czynu będącego treścią polecenia"[800].

Niekwestionowane zasługi w badaniach nad problematyką przestępnego współdziałania położył w polskiej nauce prawa karnego P. Kardas. Choć w monografii poświęconej temu zagadnieniu autor nie odnosi się do omawianej kwestii[801], w kolejnych pracach opowiada się za słusznością poglądu prezentowanego przez A. Zolla w słowach: „Sprawstwo polecające może stanowić podstawę odpowiedzialności karnej zarówno za przestępstwo umyślne, jak i przestępstwo nieumyślne po stronie wydającego polecenie. (…) Nieumyślne sprawstwo polecające należy przyjąć w sytuacji, gdy wydający polecenie wykonania czynu zabronionego nie ma zamiaru realizacji

[795] Ł. Pohl, *Prawo* …, 2015, s. 164.

[796] M. Klepner, *Sprawstwo* …, 2002, s. 80.

[797] J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 169.

[798] J. Giezek [w:] tenże (red.), *Kodeks* …, 2007, s. 168; tenże [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 280.

[799] W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2011, s. 262; ciż, *Polskie* …, 2014, s. 266.

[800] Tamże.

[801] P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, np. s. 517-544.

tego czynu przez adresata polecenia, jednak przewiduje możliwość popełnienia czynu zabronionego przez bezpośredniego wykonawcę lub nie przewiduje takiej możliwości w sytuacji, w której miał możliwość przewidywania. W takim przypadku przedmiotem polecenia jest wykonanie przez bezpośredniego wykonawcę zachowania stanowiącego naruszenie wymaganych w danych okolicznościach reguł ostrożności, które wydający polecenie przewidywał lub mógł przewidzieć"[802]. Tak też autor wypowiada się na gruncie Kodeksu karnego skarbowego[803].

Stanowisko to podzielane jest także przez M. Królikowskiego i R. Zawłockiego, którzy krótko, aczkolwiek jednoznacznie wskazują, że „sprawca polecający formalnie może umyślnie i nieumyślnie polecać wykonanie umyślnego i nieumyślnego czynu zabronionego", a ponadto zauważają, że „ustawodawca nie ustanawia tutaj określonych wymogów"[804]. Podobnie sformułowana jest następująca wypowiedź A. Sakowicza, zawarta w komentarzu pod redakcją M. Królikowskiego i R. Zawłockiego: „Wydający polecenie może ponosić odpowiedzialność za umyślne sprawstwo polecające (…). Możliwa jest również odpowiedzialność sprawcy polecającego za przestępstwo nieumyślne"[805]. W dalszej części wywodu autor cytowanej części komentarza – odwołując się do stanowisk prezentowanych przez A. Zolla i P. Kardasa – rozwija wątek odpowiedzialności sprawcy polecającego za przestępstwo nieumyślne dodając, że „ma ona miejsce wówczas, gdy przedmiotem polecenia jest «wykonanie czynu naruszającego reguły ostrożności, którego skutkiem jest niezamierzona przez sprawcę polecającego realizacja znamion czynu zabronionego, którą przewidywał lub mógł przewidzieć»"[806].

Z kolei J. Warylewski do omawianej kwestii zdaje się odnosić w słowach: „Sprawstwo polecające dotyczy zarówno przestępstw umyślnych, jak i nieumyślnych". Autor nie precyzuje jednak, czy twierdzenie to odnosi do aktu polecania, czy też do strony podmiotowej czynu realizowanego przez bezpośredniego wykonawcę. A zatem trudno jednoznacznie ocenić, czy dopuszcza on tym samym nieumyślne sprawstwo polecające,

[802] P. Kardas [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 340-341.

[803] P. Kardas [w:] P. Kardas, G. Łabuda, T. Razowski, *Kodeks* …, 2012, s. 228.

[804] M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo* …, 2015, s. 234.

[805] A. Sakowicz [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2011, Warszawa 2011, s. 717; tenże [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks* …, 2017, Warszawa 2017, s. 452.

[806] Tamże.

czy jedynie umyślne sprawstwo polecające do czynu nieumyślnego[807]. Wyraźnie stanowisko – odwołując się do poglądu wyrażonego przez P. Kardasa – zajmuje natomiast V. Konarska-Wrzosek, zdaniem której „zarówno sprawca polecający, jak i wykonujący jego polecenie może odpowiadać za popełnienie przestępstwa umyślnego lub nieumyślnego w zależności od tego, czy przyświecał im zamiar realizacji czynu zabronionego, czy też brak było takiego zamiaru, a polecenie dotyczyło jedynie naruszenia wymaganych reguł ostrożności w postępowaniu z dobrem prawnym, co było przewidywane albo możliwe do przewidzenia”[808]. Niemniej już nie tak jednoznacznie wypowiada się w tym względzie M. Kulik wskazujący, że „sprawstwo polecające przestępstw indywidualnych i nieumyślnych jest dopuszczalne na takich samych zasadach jak sprawstwo kierownicze”[809]. Wniosek ten może nasunąć się w szczególności po analizie rozważań poświęconych sprawstwu kierowniczemu, prezentowanych we wcześniejszym fragmencie przywołanego opracowania, jako że autor – jak można sądzić – odnosi się w nim jedynie do strony podmiotowej czynu bezpośredniego wykonawcy. Pisze on bowiem: „Możliwe jest sprawstwo kierownicze przestępstwa nieumyślnego. W takim wypadku sprawca kierowniczy kieruje zachowaniem naruszającym reguły ostrożności, przewidując lub mogąc przewidzieć popełnienie czynu zabronionego. Możliwe jest, że sprawca kierowniczy odpowiada za czyn umyślny, a bezpośredni wykonawca – za nieumyślny”[810].

Nieco szerzej problematykę nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego omawia A. Liszewska, która zauważa, że „tak jak w przypadku sprawstwa kierowniczego pojawia się wątpliwość, czy subiektywne nastawienie sprawcy polecającego nie wyłącza możliwości przypisania mu odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne”[811]. Zdaniem autorki „z uwagi jednak na to, że świadomością i wolą sprawcy polecającego musi być objęte tylko zachowanie bezpośredniego wykonawcy, bez względu na to, czy zdawał on sobie sprawę z tego, że zachowanie to stanowi popełnienie czynu zabronionego, czy też tylko zdawał sobie sprawę, że stanowi ono naruszenie reguł ostrożności, możliwa jest konstrukcja sprawstwa polecającego czynu

[807] J. Warylewski, *Prawo* …, 2004, s. 317; tenże, *Prawo* …, 2017, s. 448.

[808] V. Konarska-Wrzosek [w:] taż (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 143.

[809] M. Kulik, *Komentarz* … [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 26; Tak też autor wypowiada się we wcześniejszych opracowaniach: M. Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo* …, 2011, s. 330; tenże [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2015, s. 72.

[810] M. Kulik, *Komentarz* … [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 17.

[811] A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 72.

nieumyślnego”[812]. Odwołując się do wcześniej prezentowanych w literaturze poglądów autorka dodaje, że „z nieumyślnym sprawstwem polecającym mamy (…) do czynienia wtedy, gdy wydający polecenie nie ma zamiaru, aby wykonanie tego polecenia stanowiło dokonanie czynu zabronionego, chociaż taką możliwość przewiduje albo wprawdzie nie przewiduje, ale może przewidzieć”[813].

Odmienne stanowisko prezentują natomiast J. Lachowski i A. Marek, przyjmujący, że „do istoty polecenia (bliskiego podżeganiu) należy umyślność zachowania sprawcy polecającego”[814]. Zdaniem autorów: „Oznacza to, że nie można popełnić w formie sprawstwa polecającego czynu o charakterze nieumyślnym”[815]. Nie uzasadniają oni jednak swojego poglądu.

Warto zaznaczyć ponadto, że w znacznej części opracowań, w tym w kompleksowych studiach z zakresu prawa karnego oraz w monografiach poświęconych problematyce współdziałania przestępnego nie odniesiono się do kwestii dopuszczalności formuły nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego[816].

Mając na uwadze zaprezentowane w literaturze poglądy można dojść do wniosku, że opowiedzenie się za tym, że sprawca polecający może zarówno umyślnie, jak i nieumyślnie polecić wykonanie umyślnego albo nieumyślnego czynu zabronionego – nie jest stanowiskiem odosobnionym. Warto jednak nieco rozwinąć problematykę nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego, jako że konstrukcja ta – jak już wspomniano – może znaleźć zastosowanie przy rozważaniu

[812] A. Liszewska, *Komentarz* … [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018/el., teza 72.

[813] Tamże.

[814] J. Lachowski, A. Marek, *Prawo karne. Zarys problematyki*, Warszawa 2018, s. 169.

[815] J. Lachowski, A. Marek, *Prawo* …, 2018, s. 169.

[816] Zob. w odniesieniu do kompleksowych opracowań z zakresu prawa karnego: A. Wąsek, *Kodeks* …, 1999, s. 258-262; tenże [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), *Kodeks* …, Gdańsk 2002-2003, s. 254-258; K. Indecki, A. Liszewska, *Prawo* …, 2002, s. 237; J. Wojciechowski, *Kodeks* …, 2002, s. 57; L. Gardocki, *Prawo* …, 2004, s. 89-100; tenże, *Prawo* …, 2015, s. 96-100; A. Grześkowiak (red.), *Prawo* …, 2007, s. 138-141; G. Rejman, *Zasady* …, 2009, s. 311-431; A. Marek, *Kodeks* …, 2010, s. 73; tenże, *Prawo* …, 2011, s. 205; B. Namysłowska-Gabrysiak, *Prawo* …, 2011, s. 86; K. Wiak [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 167; tenże [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 194-195; L. Tyszkiewicz [w:] M. Filar (red.), *Kodeks* …, 2016, s. 95-96; tenże [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), *Prawo* …, 2018, s. 159-160; P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 989-1002; B. J. Stefańska [w:] R. A. Stefański (red.), *Kodeks* …, 2018, s. 232; Zob. w zakresie monografii poświęconych problematyce współdziałania przestępnego: P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 517-544; A. Liszewska, *Współdziałanie* …, 2004, s. 73-78; M. Marciniak, *Sprawstwo* …, 2016, s. 197-246; Warto jednak nadmienić, że M. Marciniak na marginesie rozważań poświęconych sprawstwu kierowniczemu zdaje się krytycznie odnosić nie tylko do formuły nieumyślnego sprawstwa kierowniczego, ale także do konstrukcji nieumyślnego sprawstwa polecającego, wskazując, że „ sprawca poleceniowy poleca innej osobie, uzależnionej od siebie, wykonanie czynu zabronionego. Po jego stronie musi więc istnieć chociaż doza świadomości, że chodzi o polecenie popełnienia czynu zabronionego” – Tamże, s. 180.

odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za negatywne następstwa dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w warunkach wydawania i wykonywania poleceń w ramach struktur podmiotu leczniczego.

Otóż analiza art. 18 § 1 zd. 4 K.k. w kontekście art. 9 § 2 K.k. w związku z art. 20 K.k. skłania do przekonania, że nieumyślne sprawstwo polecające do czynu nieumyślnego zachodzi, gdy – poza wypełnieniem elementów konstytutywnych sprawstwa polecającego – po stronie każdego ze współdziałających spełnione są przesłanki nieumyślności, a mianowicie, gdy:

1) Zarówno polecający innej osobie określone zachowanie nie ma zamiaru wykonania w ten sposób czynu zabronionego, jak i bezpośredni wykonawca nie ma zamiaru jego popełnienia podejmując się wykonania owego polecenia, tj. żaden z nich nie chce popełnić czynu zabronionego ani na to się nie godzi;

2) Pomimo braku zamiaru po stronie któregokolwiek ze współdziałających, do realizacji znamion czynu zabronionego jednak dochodzi, poprzez zachodzące w sekwencji czasowej zachowania sprawcy polecającego i bezpośredniego wykonawcy, tj. po pierwsze – poprzez akt kryminogennego polecania, którego autor wprawdzie nie realizuje własnoręcznie żadnego ze znamion typu czynu zabronionego, wykonuje go jednak pośrednio poprzez zachowanie osoby, do której skierowane jest polecenie, a po drugie – poprzez postępowanie samego adresata polecenia, stanowiące wypełnienie treści otrzymanej dyspozycji;

3) Do realizacji znamion czynu zabronionego dochodzi na skutek niezachowania przez współdziałających ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, tj. w wyniku niedochowania przez wydającego polecenie obowiązujących go w tym procesie reguł ostrożności, a następnie naruszenia przez bezpośredniego wykonawcę wymaganych w danym układzie sytuacyjnym zasad ostrożnego postępowania z dobrem prawnym;

4) Do popełnienia czynu zabronionego na skutek niedochowania wymaganej ostrożności dochodzi, mimo że każdy ze współdziałających przewiduje możliwość jego popełnienia albo takiej możliwości nie przewiduje, choć można tej świadomości od każdego z nich wymagać, a dokładniej:

   — wydającemu polecenie musi towarzyszyć albo nieświadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego poprzez wydanie polecenia konkretnego

zachowania się przez określoną osobę, z racji swojego podporządkowania czującą się w obowiązku je wykonać, choć mógł przewidzieć, że w procesie realizacji przez nią wydanej dyspozycji dojdzie do urzeczywistnienia znamion czynu zabronionego, albo przewidywanie możliwości popełnienia na tej drodze czynu zabronionego, przy jednoczesnym braku zamiaru jego popełnienia,

— bezpośredniemu wykonawcy musi towarzyszyć albo nieświadomość możliwości popełnienia czynu zabronionego poprzez podjęcie się wykonania poleconego zachowania, choć taki obrót sprawy mógł przewidzieć, albo przewidywanie możliwości popełnienia na tej drodze czynu zabronionego, przy jednoczesnym braku zamiaru jego popełnienia[817].

Należy jednak przy tym wyraźnie zaznaczyć, że – stosownie do unormowań art. 1 § 3 K.k. oraz art. 20 K.k. – brak możliwości przypisania nieumyślności albo winy jednemu ze współdziałających, tj. sprawcy polecającemu albo bezpośredniemu wykonawcy, nie rzutuje na możliwość zastosowania konstrukcji sprawstwa polecającego, a tym samym przypisania odpowiedzialności karnej temu ze współdziałających, co do którego spełnione są przesłanki nieumyślności oraz możliwe jest przypisanie winy. Warto również w tym kontekście podkreślić to, co już sygnalizowano na gruncie sprawstwa kierowniczego, a mianowicie, że wystąpienie u któregokolwiek ze współdziałających nastawienia psychicznego – zarówno w warstwie intelektualnej, jak i wolitywnej – charakterystycznego dla umyślności, wyklucza kwalifikację takiego współdziałania jako nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego, aczkolwiek nie wyklucza odpowiedzialności polecającego (za sprawstwo polecające) oraz bezpośredniego wykonawcy (za sprawstwo pojedyncze) w granicach ich własnej umyślności lub nieumyślności niezależnie od odpowiedzialności pozostałych współdziałających.

Na zakończenie bieżących rozważań warto dodać, że o ile ocena zachowania bezpośredniego wykonawcy nie przysparza trudności – jako że wartościuje się je przez pryzmat urzeczywistnionych przez niego znamion danego typu rodzajowego, w tym naruszonych przez niego reguł postępowania z danym dobrem prawnym, które to doprowadziło do ich realizacji – w przypadku sprawcy polecającego ocena zgodności

[817] Przedstawione w niniejszym fragmencie pracy stanowisko prezentowane było przez autorkę w następującej publikacji: A. Dąbek, R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za skutki* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna …, t. 3*, 2021, s. 466-467.

wydanej dyspozycji jest nieco bardziej złożona. Wątpliwość zaś można sprowadzić do pytania o to, kiedy akt polecania można uznać za niezgodny z regułami ostrożności. Aby odpowiedzieć na tak postawione pytanie warto przypomnieć, że w myśl koncepcji reguł ostrożności prezentowanej przez K. Buchałę i A. Zolla – odnoszą się one do: kwalifikacji podmiotu, narzędzi oraz sposobu zachowania[818]. Z tej perspektywy wiodące pytanie rozgałęzia się na trzy, a mianowicie po pierwsze – komu wydawane jest polecenie (problem bycia zdolnym do jego wykonania), względnie przez kogo (problem bycia uprawnionym do jego wydania); po drugie – w jaki sposób poleca się wykonanie czynności będącej treścią polecenia (problem formy i środków przekazu polecenia); po trzecie zaś – jakie zachowanie objęte jest treścią polecenia (problem istoty polecanego zachowania i zdatności do tego warunków, w jakich ma być ono podjęte). Podejmując próbę zidentyfikowania potencjalnie nieostrożnych czynności polecania tytułem przykładu można podać w odniesieniu do obszaru pierwszego – zlecenie specjalizantowi samodzielnej realizacji czynności przekraczającej jego kwalifikacje albo wydanie polecenia z przekroczeniem kompetencji lub uprawnień; drugiego – zlecenie lekarskie wydane ustnie, gdy wymagane jest wpisanie go do dokumentacji medycznej; trzeciego – polecenie przeprowadzenia procedury niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną lub wdrożenia danej czynności medycznej przy braku odpowiednich warunków w tym zakresie (np. kadry i aparatury w jednostce o danym stopniu referencyjności).

5.3. Zastosowanie konstrukcji nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego na gruncie spraw medycznych

Kontynuując przegląd piśmiennictwa w poszukiwaniu poglądów na temat zasadności posługiwania się formułą nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynu nieumyślnego – tym razem na gruncie literatury poświęconej odpowiedzialności karnej pracowników medycznych – wyraźnie daje się zauważyć, że w większości opracowań z tego zakresu zupełnie pomija się problematykę sprawstwa polecającego[819]. Jedynie T. Sroka dostrzega, że zjawisko wydawania i wykonywania poleceń w strukturach podmiotu leczniczego może mieć wpływ na kształtowanie się odpowiedzialności karnej

[818] K. Buchała, *Bezprawność* …, 1971, s. 122; A. Zoll, *Brak* …, 1988, s. 247-248; tenże, *Ogólne zasady* …, 1990, s. 35.

[819] Por. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd* …, 1998, s. 124; M. Filar, *Lekarskie* …, 2000, s. 124-125; R. Kędziora, *Odpowiedzialność* …, 2009, s. 221-224; R. Augustyn, *Zarys* …, 2010, s. 36; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie* …, 2012, s. 359-365.

pracowników medycznych[820]. Jak się jednak wydaje, autor skłania się do zastosowania przy ocenie tego rodzaju okoliczności faktycznych nie konstrukcji sprawstwa polecającego, lecz sprawstwa kierowniczego[821]. W tym kontekście analizie poddany jest przez niego przypadek współdziałania w zespole medycznym, w którym jedna osoba podejmuje decyzję co do kierunku i sposobu leczenia pacjenta, inna zaś bezpośrednio wykonuje czynność wynikającą z uprzednio podjętej decyzji, przy czym osoba odpowiedzialna za podejmowanie decyzji znajduje się w pozycji nadrzędnej, zaś osoba wykonująca czynność leczniczą – w pozycji podrzędnej[822]. Autor słusznie zauważa, że „w przypadku struktury pionowej relacji pomiędzy osobami współdziałającymi zachodzi stosunek podporządkowania, w ramach którego jedna osoba (lub osoby) znajduje się w pozycji nadrzędnej w stosunku do innej (lub innych), zaś osoba (osoby) znajdująca się w pozycji podrzędnej zobowiązana jest do wykonywania poleceń, także w zakresie czynności stanowiących bezpośrednio czynności lecznicze”[823]. Wskazany układ okoliczności faktycznych łączy on – również w sposób uzasadniony – z konstrukcją sprawstwa kierowniczego, powołując się na wyrażone w doktrynie prawa karnego poglądy, zgodnie z którymi sprawstwo kierownicze zasadza się na władztwie kierującego nad zachowaniem bezpośredniego wykonawcy, panowaniu nad wykonywaniem przez niego własnoręcznie określonego czynu, przejawiającymi się w szczególności w podejmowaniu decyzji co do rozpoczęcia akcji przestępnej, modyfikacji sposobu jej prowadzenia czy też nawet jej przerwania[824]. Trafnie przenosi on następnie uwagi dotyczące istoty sprawstwa kierowniczego na grunt spraw medycznych zauważając, że „osoba współdziałająca w procesie leczenia, znajdując się w pozycji nadrzędnej, posiada władztwo nad czynnościami wykonywanymi przez osobę znajdującą się w pozycji podrzędnej. Ma pełną możliwość decydowania, kiedy, jakie czynności i w jaki sposób należy podjąć w stosunku do pacjenta, a także może modyfikować dowolnie sposób wykonywania czynności przez osobę znajdującą się w pozycji podrzędnej”[825]. W konsekwencji wiedzie to autora do słusznego wniosku, że „w takim układzie sytuacyjnym nie powinno budzić wątpliwości, że powstanie negatywnego skutku w efekcie wykonania przez osobę znajdującą się w pozycji podrzędnej decyzji dotyczącej

[820] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 410 i n.

[821] Tamże, s. 411 i n.

[822] Tamże, s. 410-411.

[823] Tamże, s. 411.

[824] Tamże.

[825] Tamże, s. 412.

sposobu leczenia konkretnego pacjenta, a przekazanej jej przez osobę znajdującą się w pozycji nadrzędnej, winno prowadzić do rozważenia odpowiedzialności karnej tej ostatniej z perspektywy sprawstwa kierowniczego do popełnienia przestępstwa nieumyślnego”[826]. Zaprezentowany tok rozumowania należy uznać za w pełni poprawny. Warto jednak jednocześnie zauważyć, że w stanach faktycznych zbliżonych do analizowanego przez T. Srokę, po zagłębieniu się w szczegóły sprawy, może okazać się, że osoba znajdująca się w pozycji nadrzędnej wprawdzie posiada władztwo nad przebiegiem zdarzenia, ale tylko w zakresie panowania nad bezpośrednim wykonawcą, nie zachodzi zaś wymagana w przypadku sprawstwa kierowniczego koincydencja czasowa, o której można mówić tylko wówczas, gdy czynność kierowania ma miejsce na etapie urzeczywistniania znamion czynu określonego typu. Jak wskazuje bowiem P. Kardas, również w przypadku sprawstwa polecającego zachodzi swoistego rodzaju władztwo nad realizowanym przez bezpośredniego wykonawcę czynem zabronionym[827]. Stosunek zależności pomiędzy osobą wydającą polecenie a bezpośrednim wykonawcą przesądza o tym, że podmiot, do którego kierowane jest polecenie zobowiązany jest do jego wypełnienia. Zdaniem P. Kardasa: „Istotę owej zależności między wydającym polecenie a wykonawcą ustawa wyraźnie ujmuje w duchu władztwa nad zachowaniem bezpośredniego wykonawcy. Istnienie stosunku uzależnienia sprawia, iż polecenie nabiera szczególnej mocy, będąc w istocie «wywieraniem presji stanowiącej szczególny rodzaj przymusu psychicznego». (…) Ów konstytutywny dla sprawstwa polecającego stosunek uzależnienia ma charakter obiektywny. Oznacza obiektywnie istniejącą sytuację, w której wydający polecenie ma rzeczywiste władztwo nad bezpośrednim wykonawcą. Istnienie relacji uzależnienia osoby, do której kierowane jest polecenie od polecającego sprawia, iż mimo braku wymogu panowania przez sprawcę polecającego nad procesem realizacji znamion przez bezpośredniego wykonawcę, polecający posiada władztwo nad wykonywanym czynem zabronionym”[828]. Wobec powyższego, wysuwającą się na pierwszy plan różnicą między sprawstwem kierowniczym a sprawstwem polecającym staje się szczególnego rodzaju zaangażowanie sprawcy kierowniczego w sterowanie zachowaniem bezpośredniego wykonawcy występujące w momencie urzeczywistniania znamion czynu zabronionego, będące czymś więcej niż samo władztwo nad daną osobą. Należy wszak

[826] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 412.

[827] P. Kardas [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 1001.

[828] Tamże.

zauważyć, że dla bytu sprawstwa kierowniczego – w przeciwieństwie do sprawstwa polecającego – nie wystarcza samo wydanie dyspozycji. Polecenie podległej sobie osobie wdrożenie w życie podjętej przez siebie decyzji, bez dalszego kierowania zachowaniem bezpośredniego wykonawcy może wyczerpywać konstytutywne elementy co najwyżej sprawstwa polecającego, jako że konstrukcja ta nie wymaga nawet pośredniego uczestniczenia poleceniodawcy w toku realizacji znamion czynu zabronionego, ograniczając jego rolę wyłącznie do etapu poprzedzającego wykonanie danej czynności[829]. Toteż, powracając do zaprezentowanego przez T. Srokę wywodu, warto podkreślić, że w procesie wartościowania zachowania osoby, która posiadając pozycję nadrzędną podejmuje decyzje co do kierunku i sposobu leczenia pacjenta a następnie poleca podległemu sobie pracownikowi wykonać daną czynność medyczną – nie można poprzestawać na ocenie stanu faktycznego z perspektywy konstrukcji sprawstwa kierowniczego. Przy wnikliwszej analizie danego przypadku może się bowiem okazać, że brak jest podstaw do zastosowania konstrukcji sprawstwa kierowniczego, nie ma natomiast przeszkód, aby odwołać się do formuły sprawstwa polecającego. Temu aspektowi T. Sroka nie poświęca jednak, jak można sądzić, wystarczającej uwagi. Jego rozważania odniesione wprost do sprawstwa polecającego mają charakter jedynie marginesowy[830]. Wypowiedź autora w tym względzie ogranicza się głównie do stwierdzenia, że w analizowanych przez niego okolicznościach faktycznych nie znajduje zastosowania instytucja sprawstwa polecającego. Jako powód podaje on jednak, co zaskakujące, nie krytyczne podejście wobec posługiwania się konstrukcją sprawstwa polecającego w odniesieniu do czynów charakteryzujących się nieumyślnością – jakie wyrażane jest czasem w doktrynie prawa karnego – lecz brak możliwości urzeczywistnienia znamienia „wykorzystania uzależnienia" na gruncie spraw medycznych. Zdaniem autora: „istnienie stosunku zależności jest elementem koniecznym do przyjęcia konstrukcji sprawstwa polecającego, która w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych jest możliwa do zastosowania, jednak pod warunkiem, że dojdzie do wykorzystania owego stosunku zależności. Analiza spraw związanych z procesem leczenia pacjenta pozwala jednak na wyprowadzenie wniosku, że *de facto* nigdy nie dochodzi do wykorzystania istniejącego stosunku zależności celem wydania

[829] M. Bryła, *Sprawstwo* …, 2000, s. 79; P. Kardas, *Teoretyczne* …, 2001, s. 520; tenże [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 335; tenże [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 991 i n.; J. Giezek [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo* …, 2017, s. 279.

[830] Znaczna część rozważań autora przeniesiona została do przypisu i tam zawarta – Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 412-413, przypis Nr 1046.

polecenia wykonania czynu zabronionego, zaś stosunek taki stanowi co najwyżej podstawę władztwa osoby znajdującej się w pozycji nadrzędnej nad czynnościami wykonywanymi przez podwładnego. Władztwo to jest jednak pozbawione elementu wykorzystywania istniejącego stosunku zależności”[831].

Powyższe świadczyć może o niedocenianiu wskazanej konstrukcji w rozwiązywaniu kolizji odpowiedzialności członków zespołu medycznego. Wszak – nawiązując do wyjaśnionego we wcześniejszym fragmencie niniejszej pracy znamienia w postaci „wykorzystania uzależnienia” – nie bez racji można optować za jego użytecznością na zarysowanym gruncie. W kategoriach sprawstwa polecającego warto rozważyć sytuacje, gdy przynajmniej jeden z członków zespołu medycznego, wykorzystując swoją nadrzędną pozycję, poleca innemu albo innym pracownikom medycznym podjęcie się określonego zachowania, bez jednak dalszego kierowania wykonaniem czynu objętego zakresem polecenia. Chodzi zatem o przypadki, gdy z uwagi na fakt, że rola kierownika zespołu albo innej osoby posiadającej faktyczne władztwo nad pozostałymi członkami zespołu ogranicza się do etapu poprzedzającego realizację danej procedury medycznej i stąd aktywności tej nie można uznać za sprawstwo kierownicze. W przypadku, gdy polecenie wydawane jest przez grupę osób, sprawę należy ocenić z perspektywy sprawstwa polecającego we współsprawstwie. Za sprawcę polecającego może być uznany np. ordynator wytyczający kierunek działań leczniczych, zlecający przeprowadzenie zabiegu, za którego wykonanie odpowiadają jednak podlegli mu pracownicy. W pozycji charakterystycznej dla sprawcy polecającego znajduje się także kierownik specjalizacji w momencie sprawowania ogólnego nadzoru nad czynnościami wykonywanymi przez pozostającego pod jego opieką lekarza rezydenta, a dokładniej, gdy kierownik specjalizacji poleca lekarzowi będącemu w trakcie szkolenia specjalizacyjnego samodzielne wykonanie określonej czynności, zaś nadzór nad prawidłowością jej realizacji sprowadza się do kontroli *ex post*. W podobnej pozycji znajduje się także lekarz zlecający samodzielne wykonanie określonej procedury pielęgniarce lub położnej albo – w przypadku zespołu ratownictwa medycznego – ratownikowi medycznemu, choć w praktyce medycznej mogą zdarzyć się również przypadki wydania takiego zlecenia fizjoterapeucie; z zastrzeżeniem jednak, że w opisanej sytuacji – z uwagi na wyraźną autonomię zawodową wymienionych profesjonalistów – wątpliwym może okazać się wypełnienie znamienia w postaci

[831] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 412-413.

pozostawania w takim stopniu uzależnienia od lekarza, aby mogło to sprostać wymogom konstrukcji sprawstwa polecającego, jak również ze względu na mogącą być uznaną za niewystarczającą stanowczość formuły zlecenia lekarskiego.

Podobnie jak w przypadku sprawstwa kierowniczego, z uwagi na konieczność oceny kompleksu zachowań przynajmniej dwóch osób, tj. zarówno osoby posiadającej w danym układzie pozycję nadrzędną, jak i bezpośredniego wykonawcy czującego się w obowiązku realizować dyspozycje osoby, której jest on podporządkowany – można wyróżnić trzy warianty przebiegu zdarzeń rzutujące na karnoprawną sytuację członków zespołu. Nieco upraszczając sprawę – jako że obszerniej konstytutywne elementy nieumyślnego sprawstwa polecającego do czynów nieumyślnych omówione zostały wcześniej – można wskazać na następujące stany faktyczne: po pierwsze poleceniodawca wydaje wadliwe polecenie, tj. poleca podjęcie się zachowania niezgodnego z regułami ostrożności, naruszając w ten sposób obowiązujące go w procesie wydawania polecenia zasady ostrożnego postępowania, w konsekwencji czego dochodzi do wykonania poleconego, obarczonego błędem czynu, czyli do działania albo zaniechania niezgodnego z dyrektywami właściwego postępowania z dobrem prawnym w postaci życia lub zdrowia pacjenta. W takim przypadku istnieją podstawy do zastosowania konstrukcji sprawstwa polecającego, co zasadniczo oznacza odpowiedzialność zarówno poleceniodawcy, jak i bezpośredniego wykonawcy – za to co wspólnie uczynili. Po drugie możliwa jest sytuacja, w której poleceniodawca podejmuje obiektywnie trafne decyzje i wydaje prawidłowe polecenie, jednakże bezpośredni wykonawca albo realizuje mniej albo dopuszcza się dokonania więcej niż to, co było objęte treścią polecenia, a więc zawodzi wykonanie poprawnie wydanych dyspozycji. Tego rodzaju stany faktyczne należy ocenić z perspektywy ekscesu bezpośredniego wykonawcy, co oznacza brak podstaw do zastosowania konstrukcji sprawstwa polecającego, z uwagi na realizację zachowania niezgodnego z zakresem polecenia. W tym przypadku możliwa jest odpowiedzialność jedynie bezpośredniego wykonawcy jako sprawcy pojedynczego, w granicach naruszonych przez siebie reguł ostrożności[832]. Po trzecie nie można wykluczyć zaistnienia zdarzenia, w którym pomimo wydania polecenia obarczonego wadą, bezpośredni wykonawca właściwie udziela świadczenia, odwracając w ten sposób niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta wywołane zachowaniem polecającego. Wówczas, z uwagi na brak realizacji znamion czynu zabronionego, w szczególności

[832] W tym tonie: W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie* …, 2014, s. 267.

zaś penalizowanego skutku, zdarzenie to jest karnoprawnie irrelewantne, zakładając bowiem nieumyślność po stronie poleceniodawcy, nie jest możliwe przypisanie mu usiłowania sprawstwa polecającego, jako że konstytutywnym elementem usiłowania jest zamiar popełnienia czynu zabronionego, który w tym wariancie sytuacyjnym nie występuje.

Rozdział IV

Specyfika obiektywnego przypisania skutku powstałego w wyniku współdziałania w zespole medycznym

1. Skutki charakterystyczne dla spraw medycznych – w poszukiwaniu podstaw do ich przypisania w konstelacjach co najmniej dwuosobowych

Poszukiwanie normatywnych podstaw do przypisania czynów zabronionych mogących urzeczywistnić się w toku zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych rozpocząć wypada od przypomnienia, jakie przestępne skutki uznaje się w niniejszej pracy za typowo występujące w sprawach medycznych i jako takie włącza się w krąg zainteresowania. Jak już sygnalizowano, przedmiotem badań na potrzeby jej przygotowania uczyniono realizację przez pracowników medycznych znamion przestępstw materialnych skierowanych przeciwko życiu i zdrowiu stypizowanych w rozdziale XIX Kodeksu karnego, popełnionych nieumyślnie, tj. nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 K.k.), nieumyślne spowodowanie ciężkiego, średniego albo lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 K.k. i art. 157 § 3 K.k.) oraz nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 K.k.). Stąd na tychże ogniskują się dalsze rozważania, choć w ich ramach pomija się omówienie znamion przywołanych czynów zabronionych, w tym bowiem zakresie można odesłać do literatury zarówno prawniczej[833],

[833] M. Budyn-Kulik, *Nieumyślne spowodowanie śmierci* [w:] J. Warylewski (red.), *SPK. Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, t. 10*, Warszawa 2012, s. 144-159; B. Michalski, *Uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia* [w:] J. Warylewski (red.), *SPK, t. 10*, 2012, s. 203-265; tenże, *Narażenie życia i zdrowia na niebezpieczeństwo* [w:] J. Warylewski (red.), *SPK, t. 10*, 2012, s. 265-327; Zob. też: P. Kardas, *Normatywny sposób określenia znamienia skutku przy niektórych przestępstwach przeciwko życiu i zdrowiu a zagadnienia wydawania opinii przez biegłych lekarzy*, AMSiK 2001, Nr 51, s. 197-216; M. Trybus, *Kilka uwag o wybranych skutkach w grupie przestępstw przeciwko zdrowiu*, WPP 2012, Nr 3, s. 44-57; T. Sroka, *Odpowiedzialność …*, 2013, s. 94-148; S. Łagodziński, *Przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka (art. 155 k.k.). Rozważania teoretyczne i praktyka ścigania*, Prok. i Pr. 2014, Nr 7-8, s. 57-78.

jak i medycznej[834]. Z tego też względu problematykę początku i końca ochrony dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, mimo swej doniosłości, pozostawia się na marginesie rozważań[835].

Poza jednak nadmienionymi obszarami tematycznymi – kluczowymi z perspektywy następstw charakterystycznych dla spraw medycznych – zagadnienie sprawstwa przestępstwa skutkowego od lat słusznie łączone jest z koniecznością obiektywnego jego przypisania; zaś poglądy prezentowane w tym względzie w nauce niemieckiej i krajów należących do niemieckiego obszaru językowego[836] przyjęły się

[834] M. Polakowski, J. Berent, K. Śliwka, *Opiniowanie o „naruszeniu czynności narządu ciała" lub „rozstroju zdrowia" wobec rezygnacji w nowym kodeksie karnym z pojęcia „uszkodzenia ciała"*, AMSiK 1999, Nr 49, s. 191-194; G. Teresiński, R. Mądro, *Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowo-lekarskim*, AMSiK 2001, Nr 51, s. 45-58; ciż, *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*, AMSiK 2001, Nr 51, s. 105-118; ciż, *Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. III. Przykłady opinii*, AMSiK 2001, Nr 51, s. 347-353; J. Berent, A. P. Jurczyk, S. Szram, *Analiza wybranych zmian w projekcie kodeksu karnego*, AMSiK 2002, Nr 52, s. 187-194; T. Jurek, K. Maksymowicz, *Opiniowanie sądowo-lekarskie a ustalanie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu"*, AMSiK 2005, Nr 55, s. 66-73; C. Chowaniec, M. Chowaniec, A. Nowak, *Nieprawidłowości w opiniowaniu sądowo-lekarskim dotyczącym kwalifikacji obrażeń ciała i rozstroju zdrowia przez biegłych lekarzy nie będących medykami sądowymi*, AMSiK 2005, Nr 55, s. 257-260; T. Jurek, B. Świątek, *Roztrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część I – ocena poprawności językowej, zakres znaczeniowy, przegląd orzecznictwa Sądów*, AMSiK 2006, Nr 56, s. 209-215; ciż, *Roztrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część II – problemy opiniodawcze*, AMSiK 2006, Nr 56, s. 216-222; C. Chowaniec, A. Nowak, C. Jabłoński, S. Neniczka, *Trwałe, istotne zeszpecenie – uwagi o możliwości weryfikacji kryteriów w opiniowaniu sądowo-lekarskim w sprawach karnych i cywilno-odszkodowawczych*, AMSiK 2007, Nr 57, s. 111-114; T. Konopka, E. Skupień, *Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu"*, AMSiK 2008, Nr 58, s. 43-48.

[835] Zob. szerzej: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 49-94.

[836] Zob. w szczególności: G. Jakobs, *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Die Grundlagen und Zurechnungslehre Lehrbuch*, Berlin-NY 1993, s. 185 i n.; O. Triffterer, *Österreichisches Strafrecht. Allgemeiner Teil*, Wien-NY 1994, s. 144 i n.; H. H. Jescheck, T. Weigend, *Lehrbuch der Strafrechts. Allgemeiner Teil*, Berlin 1996, s. 275 i n.; C. Roxin, *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Grundlagen. Aufbau der Verbrechenslehre, t. 1*, München 1997, s. 287 i n.; J. Wessel, W. Beulke, *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Die Straftat und ihr Aufbau*, Heidelberg-München-Landsberg-Frechen-Hamburg 2011, s. 64 i n.; Zob też: P. Schladitz, *Normtheoretische Grundlagen der Lehre von der objektiven Zurechnung, Sicheres Fundament oder Achillesferse?*, Tübingen 2021.

w polskiej doktrynie[837] oraz orzecznictwie sądowym[838], stając się współcześnie niejako klasycznym jej elementem, choć model obiektywnego przypisania nie znalazł jak dotąd swego pełnego normatywnego odzwierciedlenia[839].

---

[837] Zob. w szczególności: T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej w polskim oraz niemieckim prawie karnym. Materiały Polsko-Niemieckiego Sympozjum Prawa Karnego*, Wrocław 1990; tenże, *Wybrane aspekty ontologicznych i normatywnych podstaw przypisania skutku*, KPPubl. 2004, Nr 4, s. 7 i n.; tenże, *Spory wokół przyczynowości zaniechania i przypisywania jego skutku* [w:] Ł. Pohl (red.), *Aktualne problemy prawa karnego. Księga pamiątkowa z okazji jubileuszu 70. urodzin profesora Andrzeja J. Szwarca*, Poznań 2009, s. 195 i n.; R. Dębski, *Pozaustawowe* …, 1995, s. 162 i n.; tenże, *Czy zamieszczać w nowelizowanym kodeksie karnym przepisy o obiektywnym przypisaniu?* [w:] T. Grzegorczyk, J. Izydorczyk, R. Olszewski (red.), *Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013 roku. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90. urodzin*, Warszawa 2014, s. 383 i n.; tenże, *Jeszcze o propozycji zakotwiczenia w kodeksie karnym kryteriów obiektywnego przypisania skutku*, NKPK 2017, Nr 43, s. 63 i n.; J. Giezek, *Naruszenie obowiązku ostrożności jako przesłanka urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego*, PiP 1992, Nr 1, s. 65 i n.; tenże, *Zgodne z prawem zachowanie alternatywne jako kryterium przypisania skutku*, KPPubl. 2004, Nr 4, s. 49 i n.; tenże, D. Gruszecka, *Prawnokarne (obiektywne) przypisanie narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo* [w:] J. Majewski (red.), *Kryminalizacja narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo*, Warszawa 2015, s. 47 i n.; tenże, *Teorie związku przyczynowego oraz koncepcje obiektywnego przypisania* [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 444 i n.; M. Bielski, *Naruszenie reguł ostrożności czy nadmierna ryzykowność zachowania jako właściwe kryterium prawnokarnego przypisania skutku*, CzPKiNP 2004, Nr 1, s. 34 i n.; tenże, *Obiektywne przypisanie skutku przestępnego w przypadku kolizji odpowiedzialności za skutek*, PiP 2005, Nr 10, s. 75 i n.; tenże, *Kryteria obiektywnego przypisania skutku na tle współczesnej polskiej dogmatyki prawa karnego* [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), *Państwo prawa …, t. 2*, 2012, s. 503 i n.; J. Majewski, *Prawnokarne przypisywanie skutku przy zaniechaniu. Zagadnienia węzłowe*, Kraków 1997; tenże, *O pożytkach i szkodach dotychczasowych dociekań nad problematyką źródeł obowiązku gwaranta*, KPPubl. 2004, Nr 4, s. 113 i n.; S. Zabłocki, *Zagadnienie przypisywalności skutku w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego*, KPPubl. 2004, Nr 4, s. 33 i n.; A. Barczak-Oplustil, *Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego – Izba Karna z 15 lutego 2012 r. (II KK 193/11)*, CzPKiNP 2012, Nr 4, s. 149 i n.; M. Małecki, *Z problematyki obiektywnego przypisania skutku (przypadek płonącego anioła)*, CzPKiNP 2013, Nr 2, s. 43 i n.; S. Tarapata, *Głos w sprawie „niebezprawnego naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym". O przypadku tzw. „płonącego anioła"*, CzPKiNP 2013, Nr 2, s. 25 i n.; tenże, *Rozważania na temat aktualnych propozycji ujęcia kryteriów obiektywnego przypisania skutku w ustawie karnej* [w:] I. Sepioło-Jankowska (red.), *Reforma prawa karnego*, Warszawa 2014, s. 45 i n.; tenże, *Przypisanie sprawstwa skutku w sensie dynamicznym w polskim prawie karnym*, Kraków 2019; W. Wróbel, *Kilka uwag o współsprawstwie przestępstw materialnych w perspektywie kryteriów obiektywnego przypisania skutku* [w:] P. Hofmański, 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 i n.; J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016; Zob. też: A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013; M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 107 i n.; K. Piech, *Włączenie się do cudzego zakresu odpowiedzialności jako negatywna przesłanka obiektywnego przypisania skutku za błąd w sztuce lekarskiej na tle orzecznictwa polskich sądów karnych*, ZNTD UJ 2018, Nr 21, s. 97 i n.; J. Hanc, *Koncepcja obiektywnego przypisania skutku i jej konsekwencje w prawie medycznym* [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna …, t. 3*, 2021, s. 506 i n.

[838] Zob. w szczególności: wyr. SN z dnia 8 marca 2000 r., III KKN 231/98, LEX Nr 40428; wyr. SN z dnia 1 grudnia 2000 r., IV KKN 509/98, OSNKW 2001, Nr 5-6, poz. 45; post. SN z dnia 20 maja 2009 r., II KK 306/09, LEX Nr 843160; post. SN z dnia 15 lutego 2012 r., II KK 193/11, OSNKW 2012, Nr 9, poz. 89; post. SN z dnia 9 maja 2013 r., V KK 342/12, LEX Nr 1388235; wyr. SN z dnia 4 lipca 2013 r., III KK 33/13, LEX Nr 1391441; wyr. SN z dnia 11 grudnia 2013 r., V KK 133/13, LEX Nr 1415515; wyr. SN z dnia 19 maja 2015 r., V KK 85/15, LEX Nr 1746427; Zob. w zakresie przeglądu orzecznictwa: P. Góralski, *Związek przyczynowy w prawie karnym na tle orzecznictwa sądowego*, Prok. i Pr. 2009, Nr 6, s. 26-45; D. Czerwińska, *Nauka o obiektywnym przypisaniu skutku w orzecznictwie Sądu Najwyższego i Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu*, Prok. i Pr. 2016, Nr 2, s. 155-177; Zob. też: D. Tokarczyk, *Koncepcja obiektywnego przypisania skutku (uwagi na marginesie postanowienia Sądu Najwyższego)*, PiP 2015, Nr 4, s. 65-77.

Asumptem do wykształcenia się nauki o obiektywnym przypisaniu stała się, jak można ocenić, konieczność wyjścia poza płaszczyznę przyczynowości wobec jej niewystarczalności, zwłaszcza w odniesieniu do zaniechania[840], w poszukiwaniu normatywnych przesłanek mogących uadekwatnić proces karnoprawnego wartościowania poprzez racjonalizację i korekturę zakresu odpowiedzialności, a wręcz stworzyć – jak w przypadku zaniechania właśnie, lecz także współdziałania przestępnego – podstawy odpowiedzialności karnej za opisaną jako karygodna zmianę w świecie zewnętrznym. Dla jej bowiem zarachowania na konto potencjalnego sprawcy zasadnicze znaczenie zdaje się mieć „nie tyle pytanie o kauzalne relacje między zachowaniem a ustawowo stypizowanym skutkiem, ile problem przesądzenia, pod jakimi warunkami sprawcy określonego zachowania (…) możliwe jest przypisanie społecznie szkodliwego skutku jako «jego dzieła»”[841]. Jest to szczególnie widoczne w tych przypadkach, w których znamiona typu czynu zabronionego konstruowane są przy posłużeniu się czasownikiem „powodować” bądź innymi dedykowanymi wyrażaniu przyczynowości, bez jednoczesnego doprecyzowania, co można uznać za relewantną drogę (sposób) wywołania ustawowo stypizowanego skutku.

[839] Zob. szerzej w zakresie prób ujęcia przesłanek obiektywnego przypisania w polskiej ustawie karnej: A. Zoll, *Prace nad nowelizacją przepisów części ogólnej kodeksu karnego*, PiP 2012, Nr 11, s. 9 i n.; R. Dębski, *Czy zamieszczać …* [w:] T. Grzegorczyk, J. Izydorczyk, R. Olszewski (red.), *Polski …*, 2014, s. 383 i n.; tenże, *Jeszcze o propozycji …*, 2017, s. 63 i n.; J. Giezek, T. Kaczmarek, *Przeciwko ustawowej regulacji kryteriów obiektywnego przypisania skutku*, PiP 2013, Nr 5, s. 79 i n.; D. Tokarczyk, *Spory wokół obiektywnego przypisania w świetle propozycji nowelizacji kodeksu karnego*, PiP 2013, Nr 10, s. 102 i n.; S. Tarapata, *Rozważania …* [w:] I. Sepioło-Jankowska (red.), *Reforma …*, 2014, s. 45 i n.; J. Lachowski, *Ocena projektowanych zmian art. 9 K.k.*, PiP 2014, Nr 1, s. 84 i n.; M. Małecki, *Ustawowa regulacja kryteriów przypisania skutku (analiza wybranych uwag krytycznych)*, PiP 2015, Nr 8, s. 91 i n.; tenże, *Nieumyślność (artykuł polemiczny)*, PiP 2016, Nr 9, s. 98 i n.; Por. Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 5 listopada 2013 r., opubl. na oficjaln. str. internet. MS (archiwalnej): https://arch-bip.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/komisje-kodyfikacyjne/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karnego/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karnego-2009-2013/ [dostęp 02.08.2021].

[840] Zob. szerzej w zakresie sporów co do przyczynowości zaniechania: W. Wolter [w:] tenże (red.), *Związek przyczynowy w prawie karnym*, Warszawa 1953, s. 80 i n.; tenże, *O tzw. przyczynowości zaniechania*, PiP 1954, Nr 10-11, s. 520 i n.; tenże, *Błędne koło problematyki przyczynowości w teorii i praktyce prawa karnego*, PiP 1964, Nr 3, s. 230 i n.; W. Patryas, *Przyczynek do zagadnienia przyczynowości zaniechania*, RPEiS 1992, Nr 3, s. 21 i n.; M. Cieślak, *Polskie …*, 1994, s. 164; J. Majewski, *Prawnokarne …*, 1997, s. 48 i n.; T. Kaczmarek, *Spory …* [w:] Ł. Pohl (red.), *Aktualne …*, 2009, s. 197; A. Jezusek, *Przyczynowość zaniechania oraz rola powiązań kauzalnych w obiektywnym przypisaniu skutku*, CzPKiNP 2015, Nr 4, s. 85 i n.; J. Giezek, *Teorie …* [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 469 i n.

[841] P. Kardas, *W poszukiwaniu tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne …*, 2016, s. 173; J. Wessel, W. Beulke, *Strafrecht ...*, 2011, s. 64.

Warto podkreślić, że w kontekście tematu niniejszej pracy dochodzi do swoistej kumulacji czynników z natury rzeczy rozmywających granice odpowiedzialności lub utrudniających ich wyznaczenie: biorąc pod uwagę brzmienie art. 155-157 K.k. oraz 160 K.k. (aspekt przypisania „spowodowania" skutku), w tym możliwość realizacji znamion wskazanych czynów w formie zaniechania (aspekt normatywnego uzasadnienia dla przypisania zaniechania znamiennego skutkiem), lecz także nie tracąc z pola widzenia faktu, że głównym punktem osadzenia odpowiedzialności w przypadku współsprawców tylko w części realizujących znamiona czynu, a tym bardziej w odniesieniu do sprawcy kierowniczego i polecającego – jest rodzaj fikcji prawnej zastosowanej w art. 18 K.k., przesądzającej o odpowiedzialności współdziałających za całość wspólnego dzieła, nie zaś tylko za własnoręcznie zrealizowany jego fragment (aspekt wzajemnej przypisywalności)[842]. Co więcej, poza wskazanymi mieszczącymi się w zakresie regulacji art. 18 K.k. formami zespołowego działania godzi się wyróżnić przedsięwzięcia realizowane w takich konstelacjach osobowych i w takich okolicznościach, które mogą być kwalifikowane co najwyżej jako zbieg jednosprawstw albo w kategoriach kolizji odpowiedzialności za skutek. Aczkolwiek i te, a może przede wszystkim one, dopraszają się wyjaśnienia z perspektywy obiektywnej przypisywalności sprawstwa przestępstwa skutkowego, o tyle złożonej, że zakładającej włączenie się w przebieg zdarzenia kolejnych aktorów, których jednakowoż nie można określić współdziałającymi w rozumieniu art. 18 K.k. (aspekt przypisania w warunkach włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności i kolizji odpowiedzialności za skutek). To skłania – zaaprobowawszy formułowane w doktrynie pozytywne przesłanki obiektywnego przypisania[843] – do podążenia w kierunku rozważenia tzw. negatywnych jego

[842] Zob. szerzej: P. Kardas, *Sprawstwo* …, 2006, s. 75 i n.

[843] Zob. szerzej: J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 444 i n.; Zob. też: M. Bielski, *O potrzebie teoretycznej, dogmatycznej i kryminalnopolitycznej refleksji nad negatywnymi przesłankami obiektywnego przypisania skutku przestępnego* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 247 – Jak trafnie problem komasuje autor: „W najdalej idącym uproszczeniu w świetle kryteriów pozytywnych obiektywnego przypisania skutku bada się, po pierwsze, z perspektywy *ex ante*, czy podjęte przez potencjalnego sprawcę bezprawne (stanowiące naruszenie normy sankcjonowanej) zachowanie godziło w wymagane w danych okolicznościach reguły postępowania z dobrem prawnym (reguły ostrożności), co w konsekwencji doprowadziło do społecznie nieakceptowanego wzrostu niebezpieczeństwa (ryzyka) wystąpienia skutku przestępnego, a po drugie, z perspektywy *ex post*, czy zaistniała relacja sprawcza (powiązanie normatywne) pomiędzy bezprawnym zachowaniem potencjalnego sprawcy a skutkiem przestępnym, tj. czy wygenerowane przez bezprawne zachowanie potencjalnego sprawcy niebezpieczeństwo wystąpienia konkretnego przebiegu przyczynowego faktycznie urzeczywistniło się w skutku przestępnym".

kryteriów[844], określanych też mianem przesłanek „ograniczania przypisania drugiego stopnia”[845], „oceny zbiegu (kumulacji) niebezpiecznych zachowań”[846] lub „przypisania skutku w warunkach konkurencji wadliwych zachowań”[847].

2. O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania z perspektywy prac zespołu medycznego

W pierwotnym swym ujęciu koncepcja obiektywnego przypisania stworzona została poprzez odwołanie się do przedmiotowych elementów czynu zabronionego (tj. obiektywnych) i zasadniczo na potrzeby wyznaczenia ram jednosprawstwa przestępstw materialnych; a przy tym bazując – co jak można ocenić współcześnie nie uległo zmianie – na ontologicznych i epistemicznych koncepcjach przyczynowości jako punkcie wyjścia wszelkich racjonalizujących i uadekwatniających normatywnych modeli odpowiedzialności karnej[848]. Wyjściowe jednak ujęcie obiektywnej przypisywalności nastawione na pozytywne wyliczenie koniecznych jej warunków, z natury samej jego konstrukcji, okazało się wymagające uzupełnienia. Po pierwsze jako niestanowiące wystarczającej bariery dla przypisania odpowiedzialności karnej w układach sytuacyjnych znamiennych innymi – nieobjętymi treścią i zakresem przesłanek obiektywnego przepisania – okolicznościami, przesądzającymi jednakowoż o braku jej aksjologicznego i społecznego uzasadnienia. Po drugie jako wymagające dopełnienia o perspektywę obejmującą swym spektrum specyfikę sprawstwa czynu popełnionego w konstelacji przynajmniej dwuosobowej, jednocześnie niespełniającego przesłanek współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego albo sprawstwa polecającego. Odpowiedzią na tę potrzebę stały się tzw. negatywne kryteria przypisania skutku, znajdujące zastosowanie, gdy klasyczne, pozytywne przesłanki obiektywnego przypisania zawodzą z uwagi na fakt, że urzeczywistnienie się penalizowanego skutku pozostaje w relewantnym związku z zachowaniami innych osób, stanowi rezultat niejako skumulowania się oddziaływań kilku podmiotów, bez którego skutek w ogóle

---

[844] Posługiwanie się wspomnianym określeniem zapoczątkował: M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.

[845] C. Roxin, *Problematyka obiektywnego przypisania* [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.

[846] R. Dębski, *O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 214.

[847] R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 214.

[848] P. Kardas, *W poszukiwaniu* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 176 i n.; Zob. też: J. Wessel, W. Beulke, *Strafrecht* ..., 2011, s. 64 i n.

by nie powstał albo wystąpiłby w innej postaci (skali, natężeniu); i stąd pełniące funkcję wtórnego weryfikatora poprawności podstaw przypisania[849].

Wśród nich wymienić można – nie wdając się jednak w specyficzną dla omawianej materii kazuistykę[850] – dwie kategorie przypadków: po pierwsze, gdy ofiara będąca dysponentem zagrożonego przez inną osobę dobra prawnego świadomie podejmuje zachowanie umożliwiające urzeczywistnienie się niebezpieczeństwa (tj. samonarażenie się pokrzywdzonego i przejęcie przez pokrzywdzonego ryzyka spowodowania skutku przestępnego przez potencjalnego sprawcę); po drugie zaś, gdy w okolicznościach stworzenia niebezpieczeństwa przez potencjalnego sprawcę inna niż pokrzywdzony osoba swym nieostrożnym zachowaniem umożliwia urzeczywistnienie się wytworzonego niebezpieczeństwa lub w inny sposób relewantnie przyczynia się do tego w warunkach swoistej kumulacji ryzyk generowanych przez oba wadliwe zachowania (tj. włączenie się do cudzego zakresu odpowiedzialności i kolizja odpowiedzialności za skutek)[851]. Przy czym – choć współdziałanie pacjenta z osobą udzielającą świadczeń zdrowotnych nie pozostaje bez znaczenia dla ostatecznego ich rezultatu – z punktu widzenia tematu niniejszej pracy w kręgu zainteresowania pozostaje jedynie ta ostatnia kategoria, dopraszająca się przynamniej nakreślenia zważywszy na owe składające się na nią, a wyżej wspomniane, dwa dające się wyróżnić komponenty, mogące mieć przełożenie na karnoprawną ocenę pracy zespołu medycznego.

Jak trafnie zauważa M. Bielski – choć należy zaznaczyć, że w szerszym kontekście – „wypracowane w dogmatyce prawa karnego kryteria obiektywnego przypisania skutku nie powodują nadmiernych komplikacji w razie ich wykorzystywania

---

[849] M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; P. Kardas, *W poszukiwaniu* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 180 i n.; J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 509 i n.

[850] We wskazanym kontekście nieuniknionym jest nadmienienie, że z punktu widzenia metodologicznego refleksja nad negatywnymi przesłankami przypisania skutku zasadniczo sprowadza się do próby stworzenia typologii kategorii układów sytuacyjnych, w których zachodzi potrzeba odwołania się do kryteriów uzupełniających i korygujących wyniki, do jakich wiedzie proces karnoprawnego wartościowania przez pryzmat pozytywnych przesłanek przypisania, to jest – jak to ujmuje M. Bielski – „swoistego katalogu kazuistycznie ujętych, uzasadnianych względami kryminalnopolitycznymi wyjątków od przypisania odpowiedzialności karnej za skutek pomimo ustalenia, że spełnione są przesłanki pozytywne przypisania" – tenże, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 252.

[851] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.; M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 214 i n.; P. Kardas, *W poszukiwaniu* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 182 i n.; J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 509 i n.

do analizy możliwości przypisania odpowiedzialności karnej za przestępstwo materialne w układach sytuacyjnych, w których bezprawne zachowanie potencjalnego sprawcy stanowi wyłączne źródło niebezpieczeństwa wystąpienia przebiegu przyczynowego prowadzącego do skutku przestępnego”[852]. Takie układy sytuacyjne określa autor mianem „prostych układów sytuacyjnych” jako że „badanie przesłanek odpowiedzialności karnej za skutek przestępny ogranicza się w nich do konieczności jednoaspektowego zweryfikowania zachowania potencjalnego sprawcy pod kątem przyjmowanych kryteriów”[853]. Tym samym „proste układy sytuacyjne charakteryzują się tym, iż nie aktualizuje się w ich wypadku konieczność rozważenia, czy w przebiegu przyczynowym prowadzącym do skutku przestępnego urzeczywistniło się również niebezpieczeństwo wynikające z zachowania innych osób niż potencjalny sprawca”; i stąd naturalnym jest, że w odniesieniu do nich proces wartościowania przeprowadza się „niejako w oderwaniu od tego, czy do danego skutku doszło ze względu na istnienie innych źródeł niebezpieczeństwa relewantnych w danym przypadku dla spowodowania skutku przestępnego, w szczególności czy dla wystąpienia skutku istotne było zachowanie (działanie lub zaniechanie) osób trzecich”; toteż w ich perspektywie wystarczające jest odwołanie się do kryteriów określanych w doktrynie prawa karnego jako pozytywne przesłanki przypisania skutku[854]. W konsekwencji wypada dojść do wniosku, że samodzielnie zastosowane pozytywne przesłanki przypisania nie stanowią kryterium interpretacyjnego mogącego dać adekwatny wynik karnoprawnego wartościowania; nie są bowiem „użytecznym narzędziem do weryfikacji, czy, a jeśli tak, to jakie znaczenie dla odpowiedzialności potencjalnego sprawcy miał fakt, iż spowodowanie skutku przestępnego było jednocześnie uzależnione od wystąpienia innego źródła niebezpieczeństwa, wynikającego z zachowania osób trzecich”[855].

W tym sensie pozytywne przesłanki obiektywnej przypisywalności należy uczynić punktem wyjścia dla karnoprawnej oceny złożonych układów sytuacyjnych, lecz na nich nie poprzestawać. Jak słusznie wyjaśnia M. Bielski, dla takich układów charakterystyczne jest wszak to, że „niebezpieczeństwo wystąpienia przebiegu przyczynowego, które urzeczywistniło się w skutku przestępnym, jest wypadkową zachowań większej liczby osób, przy czym podjęcie przez każdą z tych osób zachowania

[852] M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 245.

[853] Tamże, s. 245-246.

[854] Tamże, s. 246.

[855] Tamże, s. 246-247.

zgodnego z wymaganym standardem postępowania pozwoliłoby uniknąć wystąpienia negatywnie wartościowanych następstw" albo prowadziłoby do wystąpienia innego rodzajowo, bliżej idącego, skutku; a zatem „bez wystąpienia w danym kontekście obiektywnie nieprawidłowych zachowań osób trzecich samo bezprawne zachowanie potencjalnego sprawcy nie generowałoby takiego potencjału niebezpieczeństwa, którego wystąpienie mogłoby doprowadzić do urzeczywistnienia się skutku przestępnego, a do spowodowania tego skutku konieczne było niebezpieczeństwo wygenerowane przez zachowania innych osób"[856].

Podejmowane przez doktrynę prawa karnego próby rozstrzygnięcia problemu wspomnianej kumulacji zachowań nieostrożnych, odpowiadającego kryminalnopolitycznym intuicjom – w szczególności uwzględniającego założenie odpowiedzialności za własne czyny i ich skutki[857] – a jednocześnie znajdującego normatywne osadzenie, doprowadziły do wyodrębnienia przede wszystkim dwóch modeli karnoprawnego wartościowania interpersonalnych zachowań wiodących do negatywnego następstwa dla dóbr, których dysponentami pozostają inne niż sami potencjalni sprawcy osoby[858].

Pierwszy z nich określany jest jako „włączenie się do cudzego zakresu odpowiedzialności" i wiązany jest z sytuacjami, gdy do urzeczywistnienia się penalizowanego skutku dochodzi ze względu na obiektywnie nieprawidłowe zachowanie się osoby trzeciej, do której zakresu obowiązków należy uchylenie niebezpieczeństwa dla dobra prawnego, przy czym niebezpieczeństwo to wynika z uprzedniego bezprawnego zachowania innego podmiotu, zobowiązanego do dbałości o dobra ulegające na tej drodze atakowi[859]. W uproszczeniu rzecz ujmując: chodzi o przypadki, w ramach których „dochodzi do przejęcia odpowiedzialności za skutek przestępny przez osobę zachowującą się niezgodnie z regułami postępowania z dobrem prawnym, na której ciąży prawny, szczególny obowiązek zapobieżenia skutkowi"[860].

---

[856] M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 249.

[857] Zob. szerzej: P. Konieczniak, *Czyn jako podstawa odpowiedzialności w prawie karnym*, Kraków 2002, *passim*.

[858] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.; M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 214 i n.; P. Kardas, *W poszukiwaniu* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 182 i n.; J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 509 i n.

[859] J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 519 i n.

[860] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 534-535.

W zarysowanym kontekście postuluje się wyłączenie odpowiedzialności w odniesieniu do osoby inicjującej łańcuch zdarzeń w przypadku ustalenia, że wprawdzie bezprawne zachowanie owej występującej wcześniej osoby wyidukowało niebezpieczeństwo spowodowania określonego przebiegu przyczynowego, niemniej do negatywnie wartościowanych następstw nie doszłoby lub przybrałyby one rodzajowo inną postać w razie podjęcia przez osobę występującą później zachowania zgodnego z wymaganymi w danych okolicznościach standardami postępowania[861]. Zastrzega się jednak niekiedy, że dopuszczalna jest również odwrócona kolejność, tj. układ, w którym to kandydat na sprawcę w niewłaściwy sposób reaguje na zagrożenie stworzone przez osobę trzecią[862]. Do omawianej kategorii spraw zalicza się, jak można ocenić, przypadki pracy w różnego rodzaju zespołach oraz nieostrożne zachowania osób, w których zakresie obowiązków – w tym wynikających z wykonywanego zawodu – leży odwracanie lub minimalizowanie niebezpieczeństwa dla dobra prawnego[863]. Wśród nich można wymienić zespoły medyczne, a także osoby wykonujące zawody medyczne. J. Giezek wskazuje nawet, że „najliczniejsze przykłady ryzykownych zachowań osób trzecich, powodujących włączenie skutku do zakresu ich odpowiedzialności pojawiają się w medycynie i wiążą się z przypadkami nieprawidłowej ingerencji lekarza w sytuacji, gdy konieczne stało się niesienie pomocy pokrzywdzonemu, który narażony został na niebezpieczeństwo przez potencjalnego sprawcę”[864].

W odniesieniu zaś do drugiego modelu wyznaczania granic odpowiedzialności w konstelacjach co najmniej dwuosobowych, określanego jako „kolizja odpowiedzialności za skutek”, autor tejże koncepcji podnosi, że tytułowa kolizja – determinująca konieczność rozważenia wartości poszczególnych ryzykownych zachowań kilku osób – zachodzi, gdy „dla wytworzenia się masy krytycznej potrzebnej do urzeczywistnienia się skutku konieczne jest skumulowanie się ryzyka wypływającego z bezprawnego zachowania co najmniej dwóch osób”[865]. Jak w dalszej części wywodu

[861] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 17-18; M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 255 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 535.

[862] R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 218.

[863] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza* …, 1988, s. 50 i 84-86 – Trudność w ocenie i jednoznacznej kwalifikacji przywołanych układów sytuacyjnych do omawianej kategorii wynika z faktu, że rozważania autorów nie mają wyczerpującego charakteru – Zob. tamże.

[864] J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 519.

[865] M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 82.

objaśnia M. Bielski, do wskazanej kategorii należy zaliczać takiego rodzaju przypadki, gdy do zaistnienia skutku przestępnego konieczne jest niejako skumulowanie się bezprawności, „równoczesne urzeczywistnienie się niebezpieczeństwa", mającego źródło w zachowaniu co najmniej dwóch osób, z których każde pozostaje normatywnie powiązane ze skutkiem, niemniej brak jest podstaw, by wartościować je w kategoriach współdziałania przestępnego w rozumieniu art. 18 K.k., z uwagi na fakt, że inkryminowani działają od siebie niezależnie[866]. Jak można sądzić, owo specyficzne powiązanie przestępnych zachowań autorstwa kilku samodzielnie występujących podmiotów – owa zachodząca w pewnej koincydencji czasowej kumulacja kilku wygenerowanych ładunków niebezpieczeństwa – stanowi podstawę rozróżnienia opisywanego przez M. Bielskiego splotu okoliczności faktycznych od tych układów sytuacyjnych, które legły u podstaw wypracowania negatywnej przesłanki obiektywnego przypisania określanej w doktrynie jako „włączenie się do cudzego zakresu odpowiedzialności", w założeniu prowadzącej niejako do przejęcia odpowiedzialności za skutek przez jedną tylko osobę spośród sekwencyjnie biorących udział w zdarzeniu[867]. Aby przesądzić o użyteczności koncepcji M. Bielskiego dla rozstrzygania i wyznaczania zakresu odpowiedzialności w zespole medycznym (tzw. „kolizji odpowiedzialności za skutek"), jak również ocenić możliwości zastosowania wcześniej omówionej teorii autorstwa C. Roxina (tzw. „włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności") na gruncie spraw medycznych, względnie korelacji pomiędzy tymi kryteriami interpretacyjnymi, zaliczanymi do negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania, warto przyjrzeć im się bliżej z perspektywy potencjalnych wariantów sytuacyjnych, w których mogłyby zostać wykorzystane jako instrumenty racjonalizacji i korektury wyniku ewaluacji dokonanej przez pryzmat pozytywnych przesłanek przypisywalności sprawstwa czynu znamiennego skutkiem przestępnym.

[866] M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 81-82.

[867] Sam autor zaznacza, że proponowana przez niego negatywna przesłanka obiektywnej przypisywalności ma stanowić uzupełnienie względem koncepcji włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności – Tak: M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.

3. Normatywnie warunkowane mechanizmy przypisania skutku powstałego w warunkach zbiegu jednosprawstw albo kolizji odpowiedzialności za skutek

Kontynuując rozważania poświęcone tym spośród tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania, które pozostają w logicznym związku z zachowaniami charakterystycznymi dla pracy zespołów medycznych warto rozpocząć od wyjaśnienia, jak na gruncie niniejszej pracy rozumie się zjawisko zbiegu i kolizji przypisania skutku, jako że problematyka ta może być różnie ujmowana w literaturze[868]. M. Bielski, który położył niekwestionowane zasługi w badaniach nad nią wskazuje bowiem, że „kolizja odpowiedzialności za skutek to pojęcie opisujące wystąpienie złożonego układu sytuacyjnego, w którym aktualizuje się potrzeba rozstrzygnięcia, czy możliwe jest wykluczenie odpowiedzialności karnej za skutek potencjalnego sprawcy ze względu na wystąpienie negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania skutku"; toteż w przyjmowanym przez autora rozumieniu określenie to „nie odnosi się do wyniku wartościowania bezprawnego zachowania potencjalnego sprawcy pod kątem rozstrzygnięcia zachodzącej kolizji z perspektywy negatywnych kryteriów przypisania", gdyż rozstrzygnięcie takie „może prowadzić w zależności od wyników wartościowania złożonego układu sytuacyjnego pod kątem negatywnych przesłanek przypisania bądź do konkurencji odpowiedzialności za skutek, bądź do kumulacji odpowiedzialności za skutek"[869]. Jak kontynuuje autor, posługiwanie się natomiast takimi pojęciami jak „zbieg podstaw przypisania", „zbieg odpowiedzialności karnej za skutek" lub „zbieg przypisania skutku" może być mylące o tyle, że „zdaje się sugerować, iż odnosi się do wyniku wartościowania danego układu sytuacyjnego pod kątem stwierdzenia, że z uwagi na brak podstaw do powołania się przez któregokolwiek z potencjalnych sprawców na negatywne przesłanki przypisania dojdzie do przypisania odpowiedzialności karnej za skutek każdemu ze sprawców, co do których zostanie ustalone, że w skutku urzeczywistniło się niebezpieczeństwo wynikające z ich bezprawnego zachowania"[870].

---

[868] Por. M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; tenże, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 257 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 534 i n.; M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 317 i n.; S. Tarapata, *Przypisanie* …, 2019, s. 424 i n.

[869] M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 257.

[870] Tamże, s. 257-258.

Natomiast M. Małecki wyjaśnia, że nie każda przynajmniej dwuosobowa konfiguracja zdarzenia prowadzi do kolizji przypisania tego samego skutku jego uczestnikom, jako że tylko wówczas „zbieg zachowań kilku osób na drodze prowadzącej do danego skutku ma charakter kolizji, gdy przypisanie skutku jednej osobie z uzasadnionych powodów koliduje z przypisaniem go jednocześnie innemu podmiotowi”[871]. Zdaniem autora „zakresy odpowiedzialności kilku osób nie zawsze jednak ze sobą kolidują i ich odpowiedzialność karna za ten sam skutek przestępny może się zbiegać w taki sposób, że zbieg ten będzie musiał zostać odzwierciedlony w podstawie prawnokarnego przypisania poszczególnym osobom sprawstwa tego samego skutku (w kwalifikacji prawnej czynu)”[872].

W niniejszej pracy – nie tracąc z pola widzenia, że jedną z postulowanych w doktrynie przesłanek negatywnych obiektywnego przypisania określa się mianem „kolizji odpowiedzialności za skutek”[873] – na potrzeby dalszych rozważań, poświęconych koncepcji włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności, przyjmuje się siatkę pojęciową stosowaną przez M. Małeckiego[874]. Ponadto, przed przejściem do ich zaprezentowania, uznaje się za godne zaznaczenia, iż na gruncie niniejszego studium wychodzi się z założenia, że polska ustawa karna nie wyklucza możliwości powiązania tego samego skutku z więcej niż jednym czynem zabronionym[875]. Jak trafnie podnosi bowiem S. Tarapata, ustawowe następstwo nie jest „elementem, który spaja poszczególne zachowania węzłem tożsamości”, toteż brak jest przeszkód, aby „połączyć węzłem sprawstwa dwa (lub więcej) odrębne czyny zabronione z tym samym skutkiem”[876].

Przechodząc do szerszej analizy negatywnej przesłanki przypisywalności określanej mianem „włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności” warto rozpocząć od wskazania, iż kontynuacji badań zapoczątkowanych w tym zakresie przez C. Roxina, na gruncie polskiej doktryny prawa karnego podjął się przede wszystkim

---

[871] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 346.

[872] Tamże, s. 346-347.

[873] M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; tenże, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 241 i n.

[874] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 317 i n.

[875] A. Spotowski, *Pomijalny (pozorny) zbieg przepisów ustawy i przestępstw*, Warszawa 1976, s. 26 i n.; P. Kardas, *Zbieg przepisów ustawy w prawie karnym. Analiza teoretyczna*, Warszawa 2011, s. 144 i n.; S. Tarapata, *Przypisanie* …, 2019, s. 362 i n.

[876] S. Tarapata, *Przypisanie* …, 2019, s. 362-363.

M. Małecki[877]. Autor, prezentując typologię kategorii tych układów sytuacyjnych, w których zachodzi potrzeba rozstrzygnięcia zakresu odpowiedzialności poszczególnych uczestników zdarzenia przestępnego, wyróżnia cztery warianty układów sytuacyjnych, które – jak można ocenić – korespondują ze specyfiką spraw medycznych[878].

W kategoriach „kolizji odpowiedzialności" – rozumianej jako sytuacja, w której zachowanie jednej osoby niejako „blokuje możliwość przypisania skutku" drugiej osobie – M. Małecki rozpatruje po pierwsze przypadek, gdy oba (wszystkie) następujące po sobie zachowania mają charakter działań[879]. W ocenie autora działanie osoby występującej później wyłącza możliwość przypisania skutku osobie działającej uprzednio, choćby jej zachowanie można było uznać za rażąco nacechowane nieostrożnością; zaś tak rozumiana – zachodząca we wskazanym układzie – kolizja odpowiedzialności oznacza, że inkryminowanego działającego wcześniej można uznać za sprawcę co najwyżej tej zmiany w świecie zewnętrznym, która nastąpiła do momentu podjęcia działania przez sprawcę skutku finalnego (np. bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia lub innego bliżej idącego skutku niż ostatecznie urzeczywistniony)[880]. W tym tonie wypowiada się także T. Sroka, charakteryzując omawiany wariant sytuacyjny z położeniem nacisku na fakt, że choć pierwsza osoba podejmuje działanie powodujące niebezpieczeństwo wystąpienia określonego skutku przestępnego, druga w kolejności osoba swym działaniem „zwiększa istniejące w tym zakresie niebezpieczeństwo lub powoduje nowe źródło niebezpieczeństwa wystąpienia tego samego skutku przestępnego, prowadzące finalnie do zaistnienia owego skutku"; i stąd w przedstawionej sytuacji ewentualną odpowiedzialność powinna co do zasady ponosić osoba druga, nawet jeżeli pierwotnie niebezpieczeństwo dla dobra prawnego było wynikiem wcześniejszej zaistniałego zachowania[881]. Jak dodaje autor, osoba działająca jako pierwsza co do zasady nie ponosi odpowiedzialności za finalny skutek przestępny, gdyż stworzone przez nią niebezpieczeństwo nie ma możliwości zrealizować

---

[877] Zob. w szczególności: C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 5 i n.; M. Małecki, *Z problematyki* …, 2013, s. 43 i n.; tenże, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 317 i n.

[878] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 332 i n.; Tak też: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 534 i n.; Por. M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 278 i n.

[879] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 332.

[880] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 332; Tak też: M. Lipski, *Kolizja* …, 2016, s. 112.

[881] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 535-536.

się następnie w postaci tegoż skutku, jako że skutek urzeczywistnia się ostatecznie jako manifestacja niebezpieczeństwa wywołanego przez osobę działającą później; co w konsekwencji oznacza, że w omawianym układzie nie ma nawet – zdaniem T. Sroki – „potrzeby odwoływać się do konstrukcji negatywnych przesłanek przypisania skutku" przy analizie odpowiedzialności osoby działającej wcześniej, „albowiem co do zasady nie jest możliwe wykazanie powiązania między naruszonymi przez nią regułami postępowania z dobrem prawnym a powstałym skutkiem"[882].

Po drugie M. Małecki wskazuje – jako komponent omawianej kategorii – taki układ sytuacyjny, w którym następujące po sobie zachowania mają zróżnicowany charakter, a mianowicie występujące wcześniej – zaniechania, zaś następujące po nim – działania[883]. W tym kontekście zauważa on, że „działanie człowieka, w przeciwieństwie do zaniechania, jest naturalnie predestynowane do zmiany przebiegu zdarzenia", można zatem przypuszczać, że „zbieg zaniechania z działaniem doprowadzi najczęściej do kolizji wykluczającej odpowiedzialność za skutek osoby dopuszczającej się pierwotnego zaniechania" na rzecz przypisania skutku wyłącznie osobie, która występowała jako druga; przy czym pierwsza „poniesie odpowiedzialność karną jedynie za to, co wydarzyło się w związku z jej zaniechaniem przed ingerencją w zdarzenie działającego później podmiotu"[884]. W tym tonie utrzymana jest również wypowiedź T. Sroki, który podnosi, iż w omawianym wariancie sytuacyjnym – podobnie jak w poprzednim – należy uznać, że ewentualną odpowiedzialność za skutek powinna co do zasady ponieść osoba druga, która „działając w sposób sprzeczny z regułami postępowania z dobrem prawnym, stworzyła niebezpieczeństwo wystąpienia określonego skutku przestępnego lub też zwiększyła już istniejące w tym zakresie niebezpieczeństwo, które urzeczywistniło się następnie w określonym skutku"; toteż i w tej sytuacji osoba występująca wcześniej „co do zasady nie poniesie odpowiedzialności za skutek z uwagi na niespełnienie przesłanki związku pomiędzy naruszeniem przez nią reguł postępowania z dobrem prawnym a zaistniałym skutkiem, bez potrzeby odwoływania się do konstrukcji negatywnych przesłanek przypisania skutku"[885].

---

[882] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 536.

[883] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 333.

[884] Tamże.

[885] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 537.

Jak można dodać tytułem komentarza do dwóch przywołanych wariantów sytuacyjnych, we wskazanych okolicznościach omawiana – a eksponowana przez M. Małeckiego – „kolizja odpowiedzialności" sprowadza się do konieczności wyekstrahowania z całości zdarzenia w sensie kauzalnym (przynajmniej) dwóch odrębnych normatywnych łańcuchów przyczynowych, wcześniejszego i późniejszego. Innymi słowy fakt wystąpienia owej kolizji powoduje niejako rozwarstwienie rozłożonego w czasie – począwszy od inicjującego go zachowania aż po finalny skutek – zdarzenia na tyle części, ilu bierze w nim udział karnoprawnie relewantnych kandydatów na sprawców, sekwencyjnie występujących jeden po drugim. Rozwarstwienie to zaś prowadzi w konsekwencji do tego, że potencjalni sprawcy, o ile spełniony jest komplet przesłanek odpowiedzialności karnej, ponoszą ją za różne skutki – bliżej albo dalej idące w zależności od etapu zdarzenia, na jakim włączyli się oni w jego bieg – nie zaś za jeden finalny skutek, za który odpowiedzialność może ponieść wyłącznie najpóźniej działający podmiot. Przykładowo, w konstelacji dwuosobowej, pierwsza osoba odpowiada z art. 160 K.k., druga zaś za skutek stypizowany w art. 156 K.k.

Natomiast jako nieprowadzący do kolizji „zbieg odpowiedzialności" M. Małecki rozpatruje przede wszystkim taki wariant sytuacyjny, w którym następują po sobie: działanie i zaniechanie[886]. Jak w odniesieniu do niego konstatuje autor „zaniechanie, z powodu swej fizycznej «niemocy», nie jest w stanie zmienić przebiegu zdarzenia, które toczy się własnym rytmem", tj. począwszy od czynu osoby działającej jako pierwsza aż po finalny skutek; osoba zaś się go dopuszczająca nie włącza się w przebieg przyczynowy, nawet jeśli sama zachowuje się nieostrożnie[887]. Tym samym każdy z podmiotów biorących udział w zdarzeniu odpowiada za sprawstwo swojego własnego czynu, tj. jednosprawstwo w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 1 K.k., przekroczywszy swoim czynem wiążącą go w danych okolicznościach normę postępowania[888]; w tym – jak można nadmienić – jedną z zasad zespołowego działania, zwłaszcza regułę ograniczonego zaufania. Nieodwrócenie niebezpieczeństwa przez gwaranta nienastąpienia skutku nie wyłącza odpowiedzialności (ani nie koliduje z nią) za ten sam skutek w odniesieniu do osoby, której działanie stanowiło pierwotne źródło

[886] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 334.

[887] Tamże, s. 334-335.

[888] Tamże, s. 335.

niebezpieczeństwa dla dobra prawnego, jako że – jak zauważa M. Małecki – normujący tę kwestię art. 2 K.k. „przecież niczego nie wyłącza, a jedynie uzasadnia pociągnięcie do odpowiedzialności karnej jeszcze innej osoby, tzn. gwaranta, na którym ciążył obowiązek uchylenia niebezpieczeństwa dla dobra prawnego, a którego reakcja na istniejące zagrożenie, bez względu na źródło zagrożenia, okazała się nieadekwatna”[889]. Tym samym – zdaniem autora – „pomiędzy czynem osoby powodującej skutek przez działanie a późniejszym zaniechaniem innej osoby nie zachodzi kolizja odpowiedzialności za skutek, która domagałaby się rozwiązania, lecz rzeczywisty zbieg odpowiedzialności kilku podmiotów za ten sam skutek przestępny, odzwierciedlony w kwalifikacji prawnej czynu”[890]. Jak można ocenić, w rozumieniu M. Małeckiego łańcuch przyczynowy prowadzący do odpowiedzialności pierwszej z nich niejako kończy się tam, gdzie zaczyna się zdarzenie będące podstawą odpowiedzialności drugiej z nich; przy czym ta druga nie przejmuje odpowiedzialności, nie wchodzi w karnoprawną sytuację pierwszej z nich, a swym nieostrożnym zachowaniem niejako inicjuje własny akt przestępny. Odmiennie na sprawę zdaje się zapatrywać T. Sroka podnoszący, iż we wskazanym układzie sytuacyjnym stwierdzenie, że określony skutek przestępny może zostać przypisany osobie występującej później – tj. wykazanie, że niezgodne z regułami ostrożności zaniechanie wykonania określonych obowiązków przez tę osobę mającą prawny, szczególny obowiązek zapobieżenia skutkowi pozostaje w związku z zaistniałym następstwem, gdyż analiza hipotetycznego przebiegu przyczynowego prowadzi do wniosku, że wypełnienie ciążących na tejże osobie obowiązków pozwoliłoby z wysokim prawdopodobieństwem uniknąć penalizowanego skutku – powoduje przejęcie przez osobę występującą jako druga odpowiedzialności za negatywnie wartościowane następstwo, nawet jeżeli źródłem niebezpieczeństwa urzeczywistnienia się skutku było zachowanie osoby działającej jako pierwsza; tym samym wykluczone jest przypisanie odpowiedzialności za ten sam skutek osobie występującej chronologicznie wcześniej[891]. Jak uzupełniająco motywuje T. Sroka „z punktu widzenia ocen prawnych na równi należy traktować dwie równoważne formy realizacji znamion czynu zabronionego, jakimi są działanie i zaniechanie”[892]. Tak też rozstrzygnięcie omawianego przypadku zdaje się postrzegać A. Zoll, którego

[889] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 335-336.

[890] Tamże, s. 336.

[891] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 539-540.

[892] Tamże, s. 540.

zdaniem „rażące naruszenie reguły ostrożności w postępowaniu z badanym dobrem prawnym po stronie osoby trzeciej wyłączy możliwość przypisania skutku osobie, której zachowanie rozpoczęło prawnie relewantny ciąg zdarzeń”[893].

Ponadto klasycznym zbiegiem odpowiedzialności za sprawstwo tej samej penalizowanej zmiany w świecie zewnętrznym określa M. Małecki taki układ okoliczności faktycznych, w ramach którego dochodzi do następowania po sobie dwóch lub większej liczby zaniechań różnych osób[894]. Zdaniem autora: między zachowaniami kolejnych gwarantów nienastąpienia skutku niewywiązujących się z prawnego, szczególnego obowiązku nie dochodzi do kolizji sprawstwa skutku finalnego; każdy z nich bowiem może ponieść odpowiedzialność za ostatecznie urzeczywistnione następstwo (polegające nawet na naruszeniu dobra prawnego), jako że zaniechania te tworzą ciąg zachowań zdatnych do przypisania poszczególnym ich autorom (każdemu z osobna) tegoż samego skutku[895]. Jak zatem można wnioskować z wypowiedzi autora, „kolizja odpowiedzialności” nie zachodzi – a dochodzi do „zbiegu odpowiedzialności” – gdy połączenie przyczynowe prowadzące do finalnego skutku możliwe jest do zidentyfikowania w odniesieniu do kilku podmiotów. Przykładowo, jeśli uczestników akcji przestępnej jest trzech, to wówczas zarówno pierwszy, drugi, jak i trzeci (z kolei) może ponieść odpowiedzialność za jeden i ten sam końcowy (najdalej idący) skutek; zaś w tak przedstawiającej się kumulacji potencjalnych jednosprawstw najpełniej wyraża się zjawisko przez M. Małeckiego nazywane mianem „zbiegu odpowiedzialności”, będące w istocie niczym innym jak zbiegiem jednosprawstw.

Warto jednakowoż zaznaczyć, nawiązując do prezentowanego jako pierwszy wariantu sytuacyjnego, że nieusuwalny zbieg odpowiedzialności może, zdaniem M. Małeckiego, zostać rozważony również w układzie typu działanie – działanie; może zdarzyć się bowiem tak, że ingerencja osoby występującej następczo w przebiegu zdarzenia nie ma decydującego wpływu na jego rozwój, zwłaszcza jeśli działanie tej osoby „jedynie przyspiesza nastąpienie skutku bądź przyczynia się do jego nastąpienia w sposób mało istotny w perspektywie danego dobra chronionego prawnie”[896]. Jak wyjaśnia autor, chodzi przykładowo o „skumulowanie się różnego rodzaju obrażeń

[893] A. Zoll [w:] A. Zoll (red.), *Kodeks* …, 2012, s. 68.

[894] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 336.

[895] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 338; W tym tonie: T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 540-541.

[896] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 333.

ciała tej samej osoby, prowadzących do zgonu wynikającego z nałożenia się na siebie wielu czynników medycznych"[897]; przy czym – jak można na marginesie ocenić – zaproponowana przez M. Małeckiego egzemplifikacja przywołuje na myśl raczej założenia koncepcji „kolizji odpowiedzialności za skutek" autorstwa M. Bielskiego[898] niż przesłankę ograniczenia przypisania drugiego stopnia w postaci włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności, tak jak ją postrzega C. Roxin[899].

W podobnym tonie zdaje się wypowiadać T. Sroka, w kontekście z kolei układu typu działanie – zaniechanie, w zakresie w jakim autor niejako w opozycji do zasadniczego nurtu swych rozważań (zasadniczo osobę działającą później wskazuje on we wskazanym układzie jako potencjalnego sprawcę) dodaje, że stwierdzenie, iż osobie występującej jako druga nie można przypisać określonego skutku przestępnego – „z uwagi na fakt, że analiza hipotetycznego przebiegu przyczynowego prowadzi do wniosku, że wykonanie przez tę osobę ciążących na niej obowiązków nie pozwoliłoby z odpowiednim prawdopodobieństwem uniknąć wystąpienia skutku przestępnego" – prowadzi do braku możliwości przejęcia odpowiedzialności za tenże skutek, otwierając tym samym możliwość przypisania skutku pierwszej osobie[900].

A zatem – jak wynika z wniosków, do których dochodzą M. Małecki i T. Sroka – sama chronologia zdarzenia oraz charakter czynu (działanie lub zaniechanie) nie stanowią kryteriów wystarczających do przesądzenia rozkładu odpowiedzialności, w szczególności wskazania osoby przejmującej na siebie odpowiedzialność, po włączeniu się jej w zakres odpowiedzialności innego podmiotu. Warto nadmienić, że na problem ten uwagę zwraca – choć w nieco innym kontekście – M. Bielski, podkreślając, iż integralnym elementem wartościowania na okoliczność takowego przesądzenia rozkładu odpowiedzialności jest „porównanie charakteru i stopnia naruszonych przez potencjalnego sprawcę i osobę trzecią reguł postępowania oraz ustalenie, jakie przełożenie na wystąpienie skutku przestępnego miało niebezpieczeństwo wynikające z poszczególnych ryzykownych zachowań potencjalnego sprawcy i osoby

[897] M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 333.

[898] Por. M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; tenże, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 257 i n.

[899] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.; tenże, *Strafrecht* …, 1997, s. 287 i n.

[900] T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 540.

trzeciej”[901]. Przywołany autor kładzie nacisk również na kwestię charakteru okoliczności, w których dochodzi do naruszenia zasad ostrożnego postępowania z dobrem prawnym, dzieląc je na statyczne i dynamiczne, w odniesieniu do tych ostatnich wskazując na ich limitujące oddziaływanie w zakresie możliwości decyzyjnych (rozpoznawania, przewidywania i dostosowywania reakcji)[902]. Jak ocenia bowiem M. Bielski: „nie ma podstaw do twierdzenia, że w którymkolwiek ze wskazanych złożonych układów sytuacyjnych można na poziomie generalno-abstrakcyjnego wartościowania wykluczyć możliwość odwołania się do negatywnych kryteriów przypisania”, dodając, iż „jest oczywiście istotne z punktu widzenia ustalenia wpływu działania lub zaniechania dla oceny stopnia niebezpieczeństwa wystąpienia określonego przebiegu przyczynowego, ale brak podstaw do przyjęcia, że jest to – z uwagi na identyczne znaczenie normatywne działania i zaniechania jako prawnokarnie relewantnych form zachowania – kryterium wystarczające na płaszczyźnie generalno-abstrakcyjnej”[903].

Warto ponadto zauważyć, że spośród czterech wariantów sytuacyjnych, tj. działanie – działanie, zaniechanie – działanie, działanie – zaniechanie oraz zaniechanie – zaniechanie, co najwyżej tylko dwa ostatnie wpisują się w kształt „przesłanki ograniczenia przypisania drugiego stopnia” w postaci „włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności”, tak jak ją opisał jej autor, C. Roxin[904]. Przy czym, jak się wydaje, poza zakresem zastosowania tegoż kryterium, poza dwoma pierwszymi przypadkami, pozostają także sytuacje, w których (przynajmniej) dwie osoby, działając bądź

---

[901] M. Bielski, *Kryteria …* [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), *Państwo prawa …, t. 2*, 2012, s. 523; Tak też: M. Lipski, *Kolizja …*, 2016, s. 111 i 126; oraz post. SN z dnia 9 maja 2013 r., V KK 342/12, LEX Nr 1388235.

[902] M. Bielski, *Obiektywne …*, 2005, s. 75 i n.; tenże, *O potrzebie …* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne …*, 2016, s. 277-278; Jak zauważa autor: „Znaczenie tej okoliczności wydaje się dość istotne, gdyż we wszystkich wypadkach, w których istnieje konieczność dostosowania swojego zachowania do zagrożenia o charakterze statycznym, pozostaje mniej miejsca na tolerowanie zachowań sprzecznych z regułami postępowania niż w sytuacji, gdy istnieje konieczność zareagowania na dynamicznie rozwijające się niebezpieczeństwo wynikające z zachowania innej osoby. W przypadku statycznego źródła niebezpieczeństwa jest ono zazwyczaj obiektywnie rozpoznawalne dla osoby reagującej na to zagrożenie, co pozwala na stawianie wyższych wymagań dotyczących dostosowania zachowania do wymaganych w danych okolicznościach reguł postępowania. (…) W dynamicznie rozwijających się układach sytuacyjnych dostosowanie postępowania do obiektywnie nieprawidłowego zachowania osób trzecich może być znacznie utrudnione, a w pewnych sytuacjach nawet niemożliwe, co w skrajnych wypadkach może oznaczać, że osoba reagująca na stworzone przez inny podmiot niebezpieczeństwo spowodowania skutku przestępnego nie będzie w stanie dostosować swojego zachowania do wymaganych od niej w danych okolicznościach standardów postępowania” (tamże).

[903] M. Bielski, *Obiektywne …*, 2005, s. 75 i n.; tenże, *O potrzebie …* [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne …*, 2016, s. 278 i 279.

[904] C. Roxin, *Problematyka …* [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne …*, 1990, s. 15 i n. – Niemniej warto zwrócić uwagę na to, że koncepcja nie została wyczerpująco objaśniona przez jej twórcę.

dopuszczając się zaniechania równolegle – tj. w tym samym czasie lub w taki sposób, że ich zachowania czasowo przynajmniej częściowo się zazębiają (nakładają) – naruszają reguły postępowania, mimo że jest to naruszenie godzące w te same dobra prawne, tożsamego pacjenta. Powyższe może skłaniać do podzielenia wątpliwości co do klarowności wskazanej negatywnej przesłanki przypisywalności i jej kompletności[905], a w konsekwencji jej użyteczności w praktyce wymiaru sprawiedliwości[906]; zaś wobec wyraźnej potrzeby poszukiwania rozwiązań o charakterze normatywnym, odpowiadających jednocześnie kryminalnopolitycznym ocenom – do kontunuowania badań w aspekcie teoretycznym, dogmatycznym i prakseologicznym[907].

We wskazanym kontekście za interesujące, będące wyrazem niejako alternatywnego podejścia, odpowiedzią na niedostatki dotychczas prezentowanej teorii, można uznać prace M. Bielskiego nad wzmiankowaną już koncepcją tzw. „kolizji odpowiedzialności za skutek", mogącą stanowić uzupełnienie względem instrumentów interpretacyjnych właściwych formule „włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności"[908]. Jak już sygnalizowano, autor ten nieco odmiennie niż M. Małecki zapatruje się na to, co stanowi kolizję odpowiedzialności i jej znaczenia dla karnoprawnego przypisania. Jego zdaniem bowiem „pojęcie kolizji odpowiedzialności za skutek nie odnosi się do wyniku wartościowania bezprawnego zachowania potencjalnego sprawcy pod kątem rozstrzygnięcia zachodzącej kolizji z perspektywy negatywnych kryteriów przypisania", wszak rozstrzygnięcie takie „może prowadzić w zależności od wyników wartościowania złożonego układu sytuacyjnego pod kątem negatywnych przesłanek przypisania bądź do konkurencji odpowiedzialności za skutek, bądź do kumulacji odpowiedzialności za skutek"[909]. Autor nie poprzestaje na takim rozstrzygnięciu złożonych układów sytuacyjnych i kolizji w ich ramach, które sprowadzałoby się do wskazania kandydata na jednosprawcę oraz osób, które pozostają poza granicami karnoprawnego wartościowania w tym względzie,

[905] Zob. szerzej: J. Hanc, *Koncepcja* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 526 i n.

[906] Zob. szerzej: R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 236 i n.; J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 520 i n.

[907] Zob. szerzej: P. Kardas, *W poszukiwaniu* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 184 i n.; M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 241 i n.

[908] Zob. w szczególności: M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 75 i n.; tenże, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 241 i n.

[909] M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 257.

lecz idzie dalej i – odwołując się do znanych obecnej ustawie karnej kryteriów interpretacyjnych oscylujących wokół przesłanki naruszenia reguł ostrożności, będących jej odmianą lub elementem składowym jej istoty – wskazuje na rolę osób z otoczenia potencjalnego jednosprawcy w normatywnie postrzeganym przebiegu przyczynowym, których udziału w wytworzeniu całości niebezpieczeństwa urzeczywistnionego w finalnym skutku nie należy zarachowywać na konto tegoż sprawcy[910]. Ponadto, jak już sygnalizowano, M. Bielski proponuje, poza ważeniem charakteru i stopnia naruszonych przez poszczególnych uczestników zdarzenia reguł ostrożności, rozpatrywać stany faktyczne z perspektywy ich dynamiki[911]. W tym też kierunku podążają również wyniki badań przeprowadzonych przez S. Tarapatę, który – odwołując się do doświadczeń krajów z kręgu anglosaskiej kultury prawnej – eksponuje postać swoistego rodzaju interwenienta w przebieg przyczynowy, którego rola winna być tak odzwierciedlona w kryminalnej zawartości bezprawia wartościowanego czynu, autorstwa potencjalnego sprawcy, by w zależności od wkładu takiegoż interwenienta w całość ładunku wygenerowanego wspólnie niebezpieczeństwa, odpowiedzialność sprawcy skutku doznawała stosownego miarkowania[912].

4. Zastosowanie konstrukcji tzw. negatywnych przesłanek przypisania skutku na gruncie spraw medycznych

Przechodząc do zajęcia własnego stanowiska co do możliwości i sposobu posłużenia się kryteriami interpretacyjnymi kwalifikowanymi jako negatywne przesłanki przypisania skutku, warto wyznaczyć chronologię wartościowania złożonych układów sytuacyjnych na płaszczyźnie obiektywnej przypisywalności. Jako że ich złożoność determinowana jest mnogością podmiotów mających wpływ na powstanie skutku, punktem wyjścia jest w przypadku zaistnienia konstelacji co najmniej dwuosobowej zakreślenie kręgu kandydatów na sprawców oraz osób, które w omawianym kontekście określa się mianem „osób trzecich", względnie „interwenientami". Innymi słowy

[910] M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 241 i n.

[911] M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 75 i n.; tenże, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 241 i n.; Za kryteria pomocnicze, poza porównaniem charakteru i stopnia naruszonych reguł postępowania, obiera M. Bielski przede wszystkim te, które można sprowadzić do pytania o to, po pierwsze – „czyje zachowanie stworzyło źródło niebezpieczeństwa powstania skutku przestępnego, a czyje stanowiło nieodpowiednią reakcję na zaistnienie źródła niebezpieczeństwa", po drugie zaś – „czy w złożonym układzie sytuacyjnym istniało statyczne, czy dynamicznie się rozwijające źródło niebezpieczeństwa dla chronionego dobra prawego" – tamże, s. 277.

[912] Zob. w szczególności: S. Tarapata, *Przypisanie* …, 2019, s. 355 i n.

konieczne jest zidentyfikowanie wszystkich karnoprawnie relewantnych uczestników zdarzenia przestępnego, a następnie wydzielenie z tak zakreślonego kręgu: tych, których choćby wstępnie można powiązać z przebiegiem przyczynowym prowadzącym do finalnego skutku jako potencjalnych jego sprawców, tj. do których zakresu odpowiedzialności wchodzi urzeczywistniony skutek; oraz tych, którzy włączają się w cudzy przebieg przyczynowy, niejako interweniują, ingerują jedynie w przebieg przyczynowy innej osoby, a ich zachowanie nie nosi cech sprawczego zachowania. Na wskazanym etapie, tj. wyłonienia potencjalnych jednosprawców czynu znamiennego skutkiem w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 1 K.k. oraz innych osób, które się do niego niesprawczo przyczyniły, pomocnym jest wykorzystanie kryteriów interpretacyjnych wypracowanych na gruncie koncepcji „włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności", autorstwa C. Roxina, rozwiniętych następnie w badaniach T. Sroki i M. Małeckiego[913].

Warto przy tym zaznaczyć, że proponowane przez przywołanych autorów mechanizmy uzupełnienia i korektury – a w konsekwencji racjonalizacji odpowiedzialności za skutek – wyniku ewaluacji dokonanej przez pryzmat tzw. pozytywnych przesłanek obiektywnego przypisania, mogą znaleźć zastosowanie na okoliczność karnoprawnego wartościowania co do przypisywalności niepożądanych społecznie następstw zespołowo udzielanych świadczeń zdrowotnych spowodowanych w takich układach sytuacyjnych, w których nie występują elementy normatywne spajające zachowanie współdziałających w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., tj. odpowiednio: porozumienie, a następnie wspólne wykonanie czynu nim objętego; władztwo kierownika zespołu medycznego nad czynem, zakładające m.in. koincydencję czasową kierowania czynem i jego wykonania; oraz kryminogenne polecenie wykonania czynu wydane osobie pozostającej w stosunku zależności względem poleceniodawcy. Tym samym, w kategoriach – jak to określa M. Małecki – „kolizji i zbiegu przypisania skutku" należy rozpatrywać zdarzenia, w których jedynym elementem normatywnym łączącym poszczególnych uczestników aktu przestępnego jest wygenerowany i nagromadzony, na drodze naruszenia przez każdego z inkryminowanych obowiązujących go reguł ostrożności, ładunek niebezpieczeństwa. W tego rodzaju kategoriach należałoby rozpatrywać np. zdarzenia, w których doszło do naruszenia zasad

[913] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.; T. Sroka, *Odpowiedzialność* …, 2013, s. 534 i n.; M. Małecki, *Zbiegi* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 332 i n.

zespołowego działania przez przynajmniej dwóch pracowników medycznych, niepozostających jednak w takiej zależności, którą można określić jako współdziałanie przestępne w rozumieniu art. 18 K.k., w ramach których jednakowoż każda z osób naruszających zasady ostrożności może zostać w sensie aksjologicznym określona mianem autora części niebezpieczeństwa urzeczywistnionego w ostatecznym skutku przestępnym podlegającym badaniu, względnie w bliżej idącym skutku, będącym jednym z etapów na drodze sukcesywnego urzeczywistniania się niebezpieczeństwa, prowadzącej do owego finalnego następstwa.

Pozostawiając na marginesie normatywne przesłanki przypisania sformułowane w art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., godzi się wskazać, że rola danego uczestnika zdarzenia przestępnego może skłaniać do rozważenia go jako: po pierwsze – kandydata na sprawcę finalnego skutku; po drugie – osobę, której przyczynienie się jest na tyle istotne, że powoduje konieczność zmiarkowania odpowiedzialności sprawcy finalnego skutku; po trzecie – potencjalnego sprawcę czynu wyczerpującego znamiona spowodowania bliżej idącego skutku, odpowiadającego niezależnie od sprawcy finalnego skutku; po czwarte – osobę, której nieostrożność ani nie jest na tyle istotna, by wywierała wpływ na kształt odpowiedzialności sprawcy finalnego skutku, ani tym bardziej ażeby stanowiła podstawę samodzielnej odpowiedzialności za sprawstwo.

Jak już sygnalizowano: fakt, że zachowania danej osoby nie można powiązać węzłem sprawstwa z ostatecznym negatywnie wartościowanym następstwem nie musi automatycznie oznaczać uwolnienia tejże osoby od odpowiedzialności karnej. Może ona bowiem zostać rozważona jako sprawca następstwa bliżej idącego; tegoż, co uczyniła na rachunek własnego, rozumianego w wymiarze normatywnym, związku przyczynowego. Ponadto nie należy tracić z pola widzenia, że – jak także już podnoszono – różne przebiegi przyczynowe mogą prowadzić w sensie normatywnym do tego samego skutku, tj. kilka różnych zachowań podejmowanych niezależnie od siebie może prowadzić do wywołania tożsamego skutku u tegoż samego pokrzywdzonego. Mając to na względzie, w dalszej kolejności z ciągu zdarzenia w sensie kauzalnym należy wyodrębnić możliwe łańcuchy przyczynowe w sensie normatywnym, mające być poddane ocenie na płaszczyźnie obiektywnej przypisywalności, w tym główny – rozumiany jako ten prowadzący do skutku finalnego (np. w przypadku działania następującego po działaniu lub zaniechaniu), względnie kilka (np. w przypadku kilku następujących po sobie zaniechań) oraz uboczny – rozumiany jako ten prowadzący

do skutku bliżej idącego, lecz będący fragmentem drogi prowadzącej do skutku finalnego (np. w przypadku działania lub zaniechania występującego przed działaniem).

W razie ustalenia, że przełożenie na przebieg zdarzenia przestępnego osoby innej niż sprawca pierwotnie wytypowany – na podstawie głównych kryteriów interpretacyjnych wypracowanych na gruncie koncepcji włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności, tj. charakteru czynów (działanie albo zaniechanie) i chronologii ich występowania w ramach badanego zdarzenia – można określić jako istotne, wówczas konieczne jest ocenienie charakteru i stopnia naruszonych przez poszczególne osoby reguł ostrożności, wpływu tych naruszeń na wystąpienie finalnego skutku, jak również rozważenie, które z badanych zachowań w decydujący sposób wpłynęło na jego urzeczywistnienie się. Przy czym, na ocenę charakteru i stopnia naruszenia wymaganej ostrożności może rzutować kwestia dynamiki zdarzenia, na niekorzyść tych zachowań nieostrożnych, które zostały podjęte w okolicznościach statycznych jako takich, w których wybór prawidłowego zachowania jest łatwiejszy, i stąd tolerancja ryzyka dla dobra prawnego – mniejsza; w przeciwieństwie do okoliczności dynamicznych, w których zdolność prawidłowego przewidywania i decydowania jest obiektywnie ograniczona, a zatem próg tolerancji dla zachowań nieprawidłowych, nieostrożnych, ryzykownych – musi być obniżony, limitowany. Dopiero tak uzupełniająco przeprowadzone wartościowanie może dać adekwatny wynik w zakresie rozstrzygnięcia, kto jest kandydatem na sprawcę, kto zaś jedynie osobą, która wprawdzie przyczyniła się do wywołania skutku, lecz jej rola (i wynikający z niej ładunek niebezpieczeństwa) może co najwyżej znaleźć odbicie w łańcuchu przyczynowym innej osoby, a dokładniej – potencjalnego sprawcy.

Spośród wymienionych wariantów karnoprawnej sytuacji, w jakiej znaleźć może się dany uczestnik interpersonalnego zdarzenia przestępnego, za niewymagające uwagi można uznać położenie kandydata na sprawcę spowodowania bliżej idącego skutku, odpowiadającego niezależnie od sprawcy następstwa finalnego, jak również osoby, której nieostrożność nie jest na tyle istotna, by wywierała wpływ na kształt odpowiedzialności sprawcy finalnego skutku, ani by mogła stanowić podstawę samodzielnej odpowiedzialności za sprawstwo. Warto natomiast bliżej przyjrzeć się przypadkowi takiego przyczynienia się osoby trzeciej do wystąpienia skutku, które znajduje faktyczne i istotne odbicie w czyimś powiązaniu przyczynowym, niemniej której wkładu we wspólne dzieło nie można rozpatrywać w takim sensie, jak na to pozwala art. 18 § 1

zd. 2-4 K.k. Jak dyktują intuicje w zakresie kryminalnopolitycznej potrzeby ścigania, we wskazanym układzie okoliczności na wynik ewaluacji dokonanej przez pryzmat fundamentalnych wymogów wynikających z nauki o obiektywnym przypisaniu – zarówno w aspekcie kauzalnym, jak i normatywnym – wypada niejako nałożyć ocenę wartości kauzalnej i normatywnej faktu kumulowania się w danym stanie faktycznym zachowań autorstwa różnych podmiotów i ładunków niebezpieczeństwa z nich wynikających. Zaś jej podstawą należy uczynić ustalenie, jakie znaczenie dla wystąpienia lub zdynamizowania przebiegu przyczynowego lub zapobiegnięcia skutkowi przestępnemu ma zachowanie poszczególnych osób, tj. stopnia przyczynienia się każdej z tych osób do sprowadzenia skutku, biorąc pod uwagę nie tylko w jakim stopniu, lecz także jak (na jakiej drodze) ładunek niebezpieczeństwa wynikający z obiektywnie nieprawidłowego zachowania poszczególnych osób przełożył się na wystąpienie – w analizowanym przebiegu zdarzenia – penalizowanego skutku. Jako warunek niezbędny tak przeprowadzanego wartościowania jawi się porównanie, w jakim stopniu wystąpienie skutku przestępnego determinowane jest kumulowaniem się w konkretnym przebiegu przyczynowym niebezpieczeństwa wynikającego z bezprawnego zachowania kandydata na sprawcę i interwenienta w jego przebieg przyczynowy, w tym w jakim stopniu przyczynę wystąpienia skutku przestępnego stanowi nieostrożna postawa owej osoby trzeciej, włączającej się niejako w cudzą odpowiedzialność. Z kolei normatywną wartość zachowania tejże osoby – w kontekście przypisania skutku potencjalnemu sprawcy – można sprowadzić do wartości niebezpieczeństwa, o które należałoby pomniejszyć łącznie (wspólnie) wygenerowany jego ładunek, finalnie prowadzący do realizacji przypisywanego skutku, zarachowywanego na konto potencjalnego sprawcy.

Kierunek taki nie bez racji wskazuje M. Bielski w ramach prezentowania wyników badań nad koncepcją „kolizji odpowiedzialności za skutek", którą – jak można ocenić – odnosi autor do sytuacji wspomnianej kumulacji niebezpieczeństwa i konieczności korektury finalnie wytworzonego niebezpieczeństwa o komponent autorstwa osoby trzeciej, tak by w procesie karnoprawnego przypisania sprawstwa rzeczywiście odzwierciedlić niebezpieczeństwo wytworzone przez samego sprawcę (jednosprawcę)[914]. Aczkolwiek z tego rodzaju podejściem mogą wiązać się pewne zagrożenia. Nie należy bowiem zapominać, że negatywne przesłanki przypisania,

[914] M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 265.

w kształcie w jakim znajdują obecnie jurydyczne odzwierciedlenie w ustawie karnej, nie mogą stanowić podstawy rozszerzenia odpowiedzialności karnej za skutek na osoby trzecie włączające się w przebieg przyczynowy w sensie kauzalnym, w przypadku których jednakowoż nie zachodzą przesłanki o charakterze normatywnym na to pozwalające, jak to ma miejsce w przypadku przesłanek czerpanych z art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., uzupełniającego komplet znamion wyrażony w przepisie typizującym. Brak normatywnej więzi pomiędzy potencjalnym sprawcą a osobami trzecimi o takim charakterze, jak to wynika z art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., pozwalającego niejako na zsumowanie zachowań poszczególnych uczestników zdarzenia i przypisanie im odpowiedzialności za wspólne dzieło, uniemożliwia traktowanie ich zachowań jako formy współprzyczynienia się do finalnego skutku. Rola osób trzecich może być zatem sprowadzona co najwyżej do przesłanki limitującej odpowiedzialność potencjalnego sprawcy, poprzez odwołanie się do normatywnego kryterium, jakim jest naruszenie reguł ostrożności, i niebezpieczeństwo dla dobra prawnego wygenerowane na tej drodze, na zasadzie próby wydzielenia – z całości niebezpieczeństwa urzeczywistnionego ostatecznie w skutku przestępnym – tej części, która jest dziełem osoby trzeciej, a tym samym nie może zostać przypisana potencjalnemu sprawcy jako jego czyn.

Opisana operacja odpowiada na potrzebę miarkowania – a w konsekwencji racjonalizacji – zakresu odpowiedzialności za sprawstwo czynu znamiennego skutkiem już na etapie badania karalności czynu, nie zaś w ramach kolejnych płaszczyzn karnoprawnego wartościowania, np. w toku rozważania okoliczności zmniejszających karygodność czynu lub winę. Niemniej wobec wciąż trwających prac nad szeroko rozumianą koncepcją negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania nie można uznać za rozwiązanie pozbawione sensu i bezzasadne dokonywanie przez sądy tego rodzaju wartościowania na dalszych, wskazanych etapach, na które to zjawisko uwagę zwraca M. Bielski oraz J. Giezek[915]. Słusznie podnosi się bowiem – co już sygnalizowano – że koncepcja tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania wymaga dalszych badań[916]. W konsekwencji zrozumiałym jest – wobec niepewności katalogu

[915] M. Bielski, *Obiektywne* …, 2005, s. 80 i n.; J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 520 i n.

[916] C. Roxin, *Problematyka* … [w:] T. Kaczmarek (red.), *Teoretyczne* …, 1990, s. 15 i n.; P. Kardas, *W poszukiwaniu* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 184 i n.; R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 216 oraz 236 i n.; M. Bielski, *O potrzebie* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 241 i n.; M. Małecki,

kazuistycznie tworzonych przesłanek przypisywalności drugiego stopnia, ocenianych wręcz jako „wysoce sporne”[917] – wyrażane przez J. Giezka stanowisko dotyczące tzw. negatywnych przesłanek przypisywalności, zgodnie z którym „droga do uczynienia z nich powszechnie stosowanych normatywnych kryteriów obiektywnego przypisania jest jeszcze bardzo daleka”[918].

Zbiegi … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 332 i n.; J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 520 i n.; J. Hanc, *Koncepcja* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 526 i n.

[917] R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 216.

[918] J. Giezek, *Teorie* … [w:] R. Dębski (red.), *SPK, t. 3*, 2017, s. 520; W tym tonie: R. Dębski, *O tzw. negatywnych* … [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), *Obiektywne* …, 2016, s. 216; J. Hanc, *Koncepcja* … [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), *SPM. Odpowiedzialność prawna ..., t. 3*, 2021, s. 536-537.

Zakończenie

Przeprowadzone na potrzeby przygotowania rozprawy doktorskiej studium tematu – którym jest „Odpowiedzialność karna za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w warunkach współdziałania w procesie leczenia" – ujawniło jego niemałą rozległość i wieloaspektowość, wymagającą skoncentrowania wysiłków badawczych na ujęciu interdyscyplinarnym. Choć ich centrum, swoistym punktem odniesienia, stała się analiza dopuszczalności i użyteczności zastosowania konstrukcji sprawczego współdziałania na gruncie czynów popełnianych z nastawieniem psychicznym charakterystycznym dla nieumyślności, właściwym (modelowo) osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych, rozważania temu poświęcone należało zaopatrzyć wyjaśnieniem szeregu kwestii problemowych, sprowadzającym się do ukazania wielości możliwych układów sytuacyjnych i próby ich karnoprawnego ujęcia, z których część tylko mieści się w kategoriach art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k. Część z nich wszakże należy kwalifikować jako sprawstwo pojedyncze czynu przestępnie naruszającego reguły ostrożności, względnie jako zbieg lub kolizję tego rodzaju jednosprawstw, które zaistnieć mogą zwłaszcza w przypadku logicznie powiązanych aktów sekwencyjnego lub koincydentalnego działania (zaniechania), niespojonych wprawdzie więzami charakterystycznymi dla jurydycznie osadzonych form przestępnego współdziałania, niemniej z perspektywy finalnej zmiany w świecie zewnętrznym – prowadzących do swoistej kumulacji ryzyk i wytworzenia w sumie takiego ładunku niebezpieczeństwa dla dobra prawnie chronionego, przez które (na której to drodze) ostatecznie możliwym stało się zaistnienie penalizowanego skutku.

Niezależnie od tego jednak, czy w konkretnym układzie okoliczności faktycznych aktualizuje się możliwość odwołania się do kodeksowej formuły współdziałania przestępnego czy jest to inny przypadek zespołowego działania, kluczową kwestią pozostaje przeanalizowanie badanej sprawy nie tylko z punktu widzenia reguł ostrożności obowiązujących pojedynczego uczestnika zdarzenia, lecz także mając na uwadze wykształcające się w tego typu stosunkach społecznych dodatkowe zasady ostrożnego postępowania z określonymi dobrami prawnymi, których dopiero łączne odczytanie (zdekodowanie) może być podstawą miarodajnej karnoprawnej oceny wartości czynu, stanowiącego zwykle zaledwie jeden z elementów całego kompleksu zachowań, składających się na poddawaną ewaluacji sytuację, w swym przebiegu prowadzącą finalnie do urzeczywistnienia się ujemnego skutku dla życia i zdrowia pacjenta.

Aby odpowiednio naświetlić istotę owych reguł i ich odrębność od, typowo branych pod uwagę w tego rodzaju sprawach, zasad aktualnej wiedzy medycznej, a przy tym unaocznić ich wagę – w konsekwencji zaś ryzyka zniekształcenia ostatecznego wyniku karnoprawnego wartościowania aktu przestępnego, gdyby pominięto ocenę czynu (w tym przebiegu przyczynowego prowadzącego do skutku będącego znamieniem tegoż czynu) z ich perspektywy – koniecznym stało się ich przybliżenie. Ukazanie ich specyfiki oznaczało częstokroć opuszczenie płaszczyzny prawa karnego i wkroczenie w krąg zagadnień właściwych innym gałęziom i dziedzinom prawa (np. prawu o ruchu drogowym – w przypadku „zasady ograniczonego zaufania"; prawu administracyjnemu – w odniesieniu do instytucji kontroli i nadzoru objaśnianych na potrzeby przedstawienia „zasady należytego nadzoru"; prawu medycznemu – gdy chodzi o warunki udzielania świadczeń zdrowotnych i kształcenia kadr medycznych, przywoływane w kontekście „zasady kolegialnego podejmowania decyzji" oraz „zasady właściwej organizacji"); a wręcz przynależnych innym dyscyplinom naukowym (np. naukom o zdrowiu, prakseologii, ergonomii, organizacji ochrony zdrowia, zarządzaniu ryzykami, zasobami ludzkimi lub wiedzą i informacją). Zabieg ten był jednak celowy, a przy tym niezbędny dla szerszego spojrzenia na problem, i wskazania praktykom kierunków poszukiwania rozwiązań (trafnych, adekwatnych rozstrzygnięć), pozostających niejednokrotnie niezauważonymi w praktyce wymiaru sprawiedliwości; niekiedy tak dalece, że oznacza to *de facto* niedostrzeganie nawet potrzeby skonsultowania sprawy z biegłymi ze wspomnianych dziedzin i niebranie pod uwagę niektórych uczestników zdarzenia jako kandydatów na sprawców, choć stan faktyczny jednoznacznie wskazuje na to, iż przyczynili się oni do jego urzeczywistnienia w takim a nie innym kształcie, np. przez to, że posiadali decydujący wpływ na kształtowanie się warunków udzielania świadczenia zdrowotnego, z tą jednak różnicą, że ich wkład w przebieg owego procesu nie polegał na bezpośrednim (fizycznym) kontakcie z osobami będącymi nosicielami dóbr stanowiących przedmiot ochrony. A przecież w toku ustalania odpowiedzialności karnej za czyny znamienne naruszeniem wymaganych reguł ostrożności nie powinno się tracić z pola widzenia, że wobec właściwej współczesnej medycynie złożoności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w coraz większym stopniu pomyślny wynik leczenia zależy od standardów (ich formułowania, obowiązywania i przestrzegania) mających chronić przed incydentami o podłożu technicznym lub organizacyjnym. Należy zatem zdać sobie sprawę z tego, że odpowiedzialności osób udzielających świadczeń zdrowotnych za negatywny tego rezultat nie można sprowadzać do odpowiedzialności

za czyny naruszające wskazania li tylko aktualnej wiedzy medycznej. Odpowiedzialność karną wypada rozważyć bowiem także w przypadku podejrzenia, że do penalizowanego skutku doszło na drodze niedochowania przykładowo: wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą, standardów organizacji procesu udzielanych tam świadczeń zdrowotnych lub też minimalnych norm obsady kadrowej. Stosowne reguły można zdekodować w stosunku do osób, których udział w procesie udzielenia świadczenia zdrowotnego polega na kierowaniu lub zarządzaniu nim, jego organizacji lub koordynowaniu, kontrolowaniu lub nadzorowaniu go, jak również wydawaniu poleceń – w tym w formie zarządzeń, regulaminów, harmonogramów pracy – w sposób przesądzający o warunkach, w jakich świadczenie to było przeprowadzane bądź metodach i środkach w tym celu wykorzystywanych. Rozwój nauk i technologii medycznych przekłada się wszak na poszerzenie nie tylko spektrum możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, lecz także katalogu wymaganych w danych okolicznościach reguł ostrożności, co nie powinno ujść uwadze organów powołanych do ścigania przestępstw i władzy sądowniczej. Z tejże perspektywy zaś – w konsekwencji – ulega poszerzeniu (np. o innego jednosprawcę, sprawcę równoległego, kierowniczego, polecającego) krąg potencjalnych sprawców; względnie osób, które w taki sposób przyczyniły się do urzeczywistnienia się w finalnym skutku ryzyk dla życia i zdrowia pacjenta, że ich wkład należy przynajmniej wyekstrahować z całokształtu dzieła przypisywanego sprawcy pojedynczemu, i traktować jako taki, który nie może zostać zarachowany na jego konto, jeśli nie daje się potraktować owego wkładu jako samodzielnego znamiennego nieostrożnością czynu zabronionego, możliwego do wyodrębnienia ze względu na swą odpowiednio wysoką kryminalną zawartość bezprawia. Stąd, aby wykazać jak istotnie specyfika zasad zespołowego działania przekłada się na wynik karnoprawnego wartościowania zdecydowano się na holistyczne ujęcie tematu, acz niekiedy wykraczające poza płaszczyznę prawa karnego. W omawianym kontekście należało przy tym choćby zasygnalizować alternatywne (nierepresyjne) metody rozwiązania konfliktu społecznego wynikłego z wadliwie udzielonego świadczenia zdrowotnego – w szerszym ujęciu niż jednostkowy przypadek – ukazując w szczególności wpływ uwarunkowań organizacyjnych na prawdopodobieństwo wystąpienia penalizowanego skutku, i podnosząc konieczność wprowadzenia rozwiązań systemowych o charakterze prewencyjnym, zwłaszcza w postaci systemu raportowania zdarzeń niepożądanych będącego przejawem realizacji

wytycznych płynących z zasady właściwej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych; co skądinąd wymagało także rozważenia zasadności zaniechania represji karnej dla osiągnięcia satysfakcjonującego poziomu ich zgłaszalności w formie autodenuncjacji.

Jak dyktuje analiza problemu dokonana w ramach opracowywania dysertacji, reguły zespołowego działania znajdują szerokie zastosowanie przy rozpatrywaniu interpersonalnych układów sytuacyjnych, tj. winny być rozważone zarówno w tych przypadkach, które mogą być kwalifikowane jako forma sprawczego współdziałania w rozumieniu art. 18 § 1 zd. 2-4 K.k., jak i w okolicznościach faktycznych skłaniających do wyboru jednosprawstwa jako jedynej możliwej i adekwatnej formy sprawstwa. Przy czym, jak można ponadto wywodzić z przeprowadzonych dociekań, w procesie karnoprawnego wartościowania w pierwszej kolejności należałoby wykluczyć byt którejkolwiek z form współdziałania przestępnego, a dopiero w przypadku braku podstaw do zastosowania konstrukcji sprawstwa rozszerzonego – wobec niespełnienia jego konstytutywnych elementów – zakwalifikować sprawę w kategoriach sprawstwa pojedynczego (w tym równoległego, względnie jako kolizję bądź zbieg jednosprawstw). Tymczasem analiza orzecznictwa sądowego – poczyniona w ramach badania problemu – skłania do wniosku, że nawet przy ocenie złożonych konstelacji osobowych w praktyce wymiaru sprawiedliwości sięga się właściwie wyłącznie po to ostatnie rozwiązanie, tj. formułę sprawstwa pojedynczego, która nie zawsze stanowi wierne jurydyczne odzwierciedlenie tego, co rzeczywiście w danym stanie faktycznym nastąpiło. Nie sięga się natomiast po instytucję sprawczego współdziałania, choć niejednokrotnie jej użycie – lub przynajmniej jej rozważenie – naturalnie winno nasuwać się w tego typu sytuacjach. Jak można ocenić, nieodwoływanie się do konstrukcji współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego i sprawstwa polecającego nie jest w badanych przypadkach podyktowane brakiem podstaw do zastosowania którejś z wymienionych form zjawiskowych, wobec niespełnienia ich konstytutywnych elementów. Źródła takiej tendencji orzeczniczej wypada upatrywać raczej w tym, że przekonanie o możliwości posłużenia się nimi w odniesieniu do czynów nieumyślnych nie ugruntowało się jeszcze w nauce i doktrynie prawa karnego. Wprawdzie w opracowaniach przedmiotu nadmienia się, że nie jest wykluczone takież ich zastosowanie, zwykle opatrując tak postawioną tezę kilkoma zdaniami komentarza, niemniej problematyka ta nie doczekała się jak dotąd kompleksowego omówienia. Lektura dorobku literatury wiedzie wręcz do przekonania,

że nie dla wszystkich autorów dostrzegalne jest nawet to, że gdy mowa o sprawstwie rozszerzonym do czynu nieumyślnego, uwadze ujść nie powinna – charakterystyczna dla tej właśnie formy strony podmiotowej – postawa obydwu (względnie wszystkich) podmiotów, których to dopiero kompleks zachowań może być rozpatrywany jako współsprawstwo, sprawstwo kierownicze albo sprawstwo polecające, co szczególnie uwidacznia się na gruncie tzw. niewykonawczych postaci sprawstwa. Wszakże dla pełnego obrazu, całościowego rozważenia dopuszczalności sprawstwa rozszerzonego do czynu nieumyślnego – i jego pełnej użyteczności na gruncie spraw medycznych – problem wymaga spojrzenia z punktu widzenia dwóch nieodzownych trzonów wskazanej formuły, a mianowicie nieumyślnego sprawstwa kierowniczego albo polecającego oraz nieumyślnego jednosprawstwa, sprowadzającego się do bezpośredniego wykonawstwa czynu, w powiązaniu z odpowiednim zachowaniem kierownika bądź poleceniodawcy. Taki stan rzeczy – a mianowicie konieczność przeglądu, uporządkowania, klaryfikacji i doprecyzowania poglądów prezentowanych w zakreślonym obszarze tematycznym – stanowił asumpt do uzupełnienia wskazanej luki o stosowne opracowanie tematu, przedstawione w niniejszej pracy. Doskonałym przy tym tłem, na którym uwidoczniły się problemy dogmatyczne, lecz także użyteczność proponowanej formuły – są właśnie sprawy medyczne.

Swoistym zwieńczeniem rozważań poświęconych odpowiedzialności karnej za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w warunkach współdziałania w procesie leczenia uczyniono próbę oceny przejrzystości prezentowanych w literaturze przesłanek obiektywnej przypisywalności i ich kompletności, a w konsekwencji ich użyteczności w praktyce wymiaru sprawiedliwości. Refleksje te, choć nie aspirowały do miana wyczerpującego ujęcia tematu i kompleksowej odpowiedzi na stawiane w doktrynie pytania, miały w założeniu pobudzić do kontunuowania badań nad problematyką przypisania współzdziałanego czynu znamiennego skutkiem, bez wątpienia – jak starano się dowieść w tymże fragmencie niniejszej pracy – potrzebnego i oczekiwanego z punktu widzenia stanów faktycznych notowanych w omawianym obszarze tematycznym.

Aby ustrzec się nieścisłości terminologicznych, których może nastręczać siatka pojęciowa zwyczajowo przyjęta na gruncie prawa medycznego – gdyby chcieć ją transponować w obszar prawa karnego – w kontekście odpowiedzialności prawnej pracowników medycznych szeroko odwołująca się do pojęcia błędu medycznego,

czyniąc z niego niejako punkt odniesienia wszelkich analiz temu poświęconych, należało wcześniej oczyścić przedpole rozważań w warstwie semantycznej i taksonomicznej. Stąd, choć rozważania pomieszczone w pierwszym rozdziale nie wpisują się w główny nurt pracy, spełnia on rolę porządkującego wprowadzenia. Wyrazem zaś wierności przyjętemu w jego ramach poglądowi – zgodnie z którym należy opowiedzieć się za rezygnacją w procesie karnoprawnego wartościowania z posługiwania się terminem „błąd medyczny" na rzecz odwoływania się do normatywnego określenia w postaci „niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach" – jest przedstawienie całości dalszych rozważań w tej właśnie konwencji kategorialnej.

Konkludując, dociekania naukowe przeprowadzone na potrzeby przygotowania niniejszej dysertacji pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków końcowych:

1) Konstruowanie definicji „błędu medycznego" może spełniać funkcję co najwyżej systematyzującą rozważania teoretyczne, jako że trudno przypisać temu nieosadzonemu jurydycznie pojęciu – zwłaszcza w znaczeniu nadawanym mu przez przeważającą część przedstawicieli doktryny – doniosłość praktyczną na płaszczyźnie karnoprawnego wartościowania. Wyznaczenie bowiem jego ram tak, aby obejmowały one swoim zasięgiem jedynie przypadki naruszenia wskazań aktualnej wiedzy medycznej – jak to się zwykle czyni na jej gruncie – musi prowadzić do pozostawienia poza granicami definicyjnymi wielu innych reguł ostrożności obowiązujących profesjonalistę medycznego w codziennej praktyce udzielania świadczeń zdrowotnych, których niedochowanie może wieść do analogicznych skutków jak niezastosowanie się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, a w konsekwencji może rzutować na karnoprawną sytuację osoby doń doprowadzającej. A przecież każdy przypadek naruszenia zasad postępowania z dobrem prawnym, niezależnie od przyjętej konwencji taksonomicznej – co, jak dostrzeżono, nie jest oczywiste w praktyce wymiaru sprawiedliwości – winien stanowić asumpt do rozważenia obiektywnej przypisywalności sprawstwa czynu znamiennego owym naruszeniem.

2) Skoro w toku ustalania odpowiedzialności karnej należy zbadać prawidłowość zachowania się osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego z perspektywy całokształtu obowiązujących ją w danych okolicznościach reguł ostrożności, to wydaje się zabiegiem sztucznym wyodrębnianie – wśród niedochowanych przez nią zasad – tych, których niedopełnienie może być określone mianem „błędu

medycznego” i innych, wykraczających poza tę kategorię pojęciową. Skłania to w konsekwencji do opowiedzenia się za rezygnacją w procesie karnoprawnego wartościowania z posługiwania się pojęciem błędu medycznego – jako zaciemniającego jego obraz i wynik – na rzecz odwoływania się do określenia normatywnego, a przy tym szerszego, dostatecznie pojemnego, jakim jest „niezachowanie ostrożności wymaganej w danych okolicznościach”.

3) Aby pojęcie błędu medycznego mogło nabrać praktycznego znaczenia na gruncie karnoprawnego wartościowania należałoby dążyć do jego ujednolicenia, rozszerzając przy tym jego obecnie przyjmowane ramy znaczeniowe tak, aby na potrzeby ustalania odpowiedzialności karnej rozumieć je jako: błędne udzielenie świadczenia zdrowotnego, wadliwe w tym sensie, że powodujące – w wyniku niewłaściwie przeprowadzonego procesu jego wykonywania bądź zaniechania jego realizacji – przynajmniej jeden ze skutków stypizowanych w art. 160 K.k., art. 157 K.k., art. 156 K.k. lub art. 155 K.k., które to następstwa nie zaistniałyby, gdyby zastosowano się do reguł ostrożności, niezależnie od ich źródła, wymaganych w danych okolicznościach, tj. wskazań aktualnej wiedzy medycznej lub innych standardów postępowania właściwych interakcjom społecznym wskazanego rodzaju, wypływających w szczególności z dorobku takich dziedzin życia, jak zarządzanie ryzykiem, zasobami ludzkimi, wiedzą i informacją, organizacja ochrony zdrowia, ergonomia, prakseologia. Z tym zastrzeżeniem, że przypadki błędnego postępowania medycznego, acz niesprowadzającego przestępnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta, wypadałoby kwalifikować do kategorii pojęciowych określanych mianem nieomal błędów, potencjalnych niezgodności bądź zdarzeń alarmujących (ang. *near miss* lub *close call*).

4) Wobec współczesnych uwarunkowań systemu zabezpieczenia zdrowotnego dawny model, sprowadzający się do indywidualnej relacji pacjenta i samodzielnie pracującego lekarza, ustępuje miejsca nowemu układowi, gdzie opiekę nad chorym sprawuje zespół osób, w którego skład wchodzić mogą lekarze różnych specjalności, pielęgniarki, położne, diagności laboratoryjni, ratownicy medyczni, perfuzjoniści, fizjoterapeuci – współdziałający w udzieleniu kompleksowego świadczenia zdrowotnego. Mogą oni działać jednocześnie, jak np. podczas wykonywania złożonego zabiegu operacyjnego lub interwencji podejmowanej przez zespół ratownictwa medycznego albo w określonej sekwencji czasowej, podyktowanej

konieczności przekazywania pacjenta na kolejne etapy diagnozy, terapii i rehabilitacji. Zjawisko to – niepozostające bez wpływu na model i kryteria karnoprawnego wartościowania czynu znamiennego ujemnym skutkiem dla życia i zdrowia – można określić mianem zespołowego działania. W kontekście spraw medycznych wypada zdefiniować je jako działanie (zaniechanie) przynajmniej dwóch osób, prowadzące do udzielenia kompleksowego świadczenia zdrowotnego albo zaniechania jego udzielenia w całości lub w części, poprzez wzajemne uzupełnianie się podjętych przez te osoby zachowań, niezależnie od tego czy osoby te wykonują określoną czynność (odstępują od jej dokonania) jednocześnie, czy też postępują w pewnej sekwencji temporalnej, rozumianej jako rozbicie ciągu zespołowej pracy w czasie. Przy czym za członka zespołu wypada uznać nie tylko osobę bezpośrednio wykonującą czynność medyczną, lecz także inne osoby mające wpływ na kształtowanie się procesu udzielania świadczenia zdrowotnego, choćby ich wkład w przebieg owego procesu sprowadzał się do kierowania lub zarządzania nim, jego organizacji lub koordynowania, kontrolowania lub nadzorowania go, jak również wydawania poleceń – w tym w formie zarządzeń, regulaminów, harmonogramów pracy – w sposób przesądzający o warunkach, w jakich świadczenie to jest przeprowadzane bądź metodach i środkach w tym celu wykorzystywanych.

5) Pojęcie „zespołowego działania" może, ale nie musi pokrywać się z zakresem znaczeniowym takich normatywnych terminów, jak „współsprawstwo", „sprawstwo kierownicze" i „sprawstwo polecające". W wyniku bowiem karnoprawnego wartościowania współzdziałanych zachowań, część z nich w istocie można zakwalifikować jako jedną z form przestępnego współdziałania w rozumieniu art. 18 K.k., niemniej – w przypadku niespełnienia wymaganych ku temu przesłanek – ewentualne zbiegi lub kolizje odpowiedzialności poszczególnych osób składających się na zespół medyczny dopuszczalnym jest rozstrzygać co najwyżej w kategoriach sprawstwa pojedynczego, w tym sprawstwa równoległego; niektóre z nich zaś – ostatecznie przychodzi uznać za karnoprawnie irrelewantne.

6) Punktem wyjścia w procesie karnoprawnego wartościowania – jednolitym dla wszystkich przypadków wystąpienia negatywnego skutku dla życia lub zdrowia pacjenta, bez względu na to, czy urzeczywistnił się on w ramach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego realizowanego przez pojedynczą osobę, czy też doszło do tego w warunkach współdziałania – jest ustalenie zgodności czynności

medycznej z aktualnym stanem wiedzy. O ile jednak w przypadku oceny zgodności indywidualnego zachowania z regułami wymaganej w danych okolicznościach ostrożności może okazać się to wystarczające, o tyle w odniesieniu do spraw o wyższym poziomie skomplikowania, szczególnie w aspekcie podmiotowym, nie należy na tym poprzestawać. W okolicznościach bowiem zespołowego działania proces dekodowania, jak w konkretnej sytuacji powinna postąpić osoba biorąca udział w udzieleniu świadczenia zdrowotnego – aby jej zachowanie mogło być uznane za zgodne z regułami ostrożnego obchodzenia się z dobrem prawnym – nie kończy się na zidentyfikowaniu ścieżki postępowania właściwej z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej i rozstrzygnięciu, czy inkryminowane zachowanie przebiegło na tej drodze. W ramach działalności profesjonalnej podejmowanej kolegialnie dochodzi wszak do wykształcania się dodatkowych reguł ostrożności, reguł zespołowego udzielania świadczeń zdrowotnych, będących swoistymi drogowskazami ostrożnego postępowania – innymi słowy utrzymywania ryzyka w rozsądnych granicach – na ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej realizowanej w konstelacjach co najmniej dwuosobowych. Nieuwzględnienie tej perspektywy grozi zniekształceniem obrazu zdarzenia, gdyż dopiero łączne odczytanie obydwu grup zasad – zarówno tych mających źródło w aktualnej wiedzy medycznej, jak i tych wynikających z osiągnięć innych dziedzin nauk – pozwala na miarodajną ocenę, jak w konkretnej sytuacji powinna postąpić osoba uczestnicząca w procesie leczenia, aby jej zachowanie mogło być uznane za zgodne z wymaganą w danych okolicznościach ostrożnością. Owe reguły zespołowego działania – wśród których na gruncie działalności leczniczej wymienia się zasady ograniczonego zaufania, należytego nadzoru, kolegialnego podejmowania decyzji oraz prawidłowej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych – służą zatem i pozwalają na pożądane uadekwatnienie treści oceny współzdziałanego czynu.

7) Okazywanie – w szczególnych okolicznościach – nieufności w stosunku do współdziałających nie stanowi wyjątku od zasady ograniczonego zaufania, lecz jest przejawem jej istoty. Wynika z niej bowiem nie tylko prawo do działania w zaufaniu do innych uczestników życia społecznego, że dochowają oni ogólnie przyjętych norm, lecz także – pochodny w stosunku do owego prawa – obowiązek odpowiedniego dostosowania poziomu zaufania do występujących w danym momencie okoliczności, mogących negatywnie rzutować na bezpieczeństwo dóbr

prawnie chronionych. Zajście wskazanych okoliczności niejako przekształca prawo do liczenia na prawidłowe zachowanie się innych osób w obowiązek liczenia się z tym, że ich reakcja będzie inna, niż społecznie oczekiwana; co z kolei wymusza dostosowanie własnej postawy, postawy zaufania, do obrotu sprawy dyktowanego niepożądanym postępowaniem lub cechami owych osób. Skoro zaś konieczność przeprowadzania stosownej gradacji stanu zaufania stanowi treść rzeczonej zasady, to uadekwatnienie własnych zachowań na drodze wskazanego stopniowania należy uznać nie tylko za mieszczące się w jej zakresie, ale i będące jej wyrazem. Tym samym, naturalnym, a wręcz wymaganym, jest przyjęcie niekiedy – w wyniku adaptacji własnych czynów do aktualnie panujących warunków – postawy braku zaufania albo względnej nieufności. Stąd też nietrafnym jest prezentowany w literaturze pogląd, zgodnie z którym w przypadku dostrzeżenia błędu członka zespołu lub innych symptomów wskazujących na realną możliwość wystąpienia nieprawidłowości w jego zachowaniu, zasada ograniczonego zaufania przestaje wiązać współpracujące z nim osoby. Zaistnienie tego rodzaju okoliczności stanowi bowiem granicę, na której kończy się zaufanie a zaczyna obowiązywać nieufność, nie zaś granicę obowiązywania zasady ograniczonego zaufania. Aczkolwiek nie należy tracić z pola widzenia, co jest regułą (zaufanie), co zaś wyjątkiem od niej (nieufność względna bądź bezwzględna).

8) Zasada należytego nadzoru oraz zasada kolegialnego podejmowania decyzji wypływają poniekąd z zasady ograniczonego zaufania. Pierwsza z wymienionych podąża w kierunku szczegółowych wytycznych co do charakteru, zakresu i natężenia wymaganych w danych okolicznościach czynności sprawdzających, jak i ich skuteczności, jako miary zachowania wymaganej w tychże okolicznościach ostrożności. Natomiast druga z nich przejawia się tym, że – w przeciwieństwie do wyjściowej reguły – nakazuje ograniczone zaufanie nie tyle do innych, co do własnych możliwości; włączając w to zarówno sytuacje, gdy w gestii samego pracownika medycznego, po zrodzeniu się u niego wątpliwości, pozostaje decyzja skonsultowania się z innym profesjonalistą (ogólny obowiązek kolegialnego podejmowania decyzji), jak i przypadki, w których na drodze aktu normatywnego niejako narzuca się zwiększony poziom nieufności do rozstrzygnięć samodzielnie podejmowanych przez pojedynczego pracownika medycznego, nakazując

mu działanie interpersonalne (szczególny obowiązek kolegialnego podejmowania decyzji).

9) Nie można zgodzić się z prezentowanym w literaturze poglądem, iż rodzaj struktury, w której udzielane są świadczenia zdrowotne w prostej linii przekłada się na kształt powinności weryfikacji; a mianowicie w ten sposób, że w strukturze poziomej nie jest ona wymagana, natomiast w odniesieniu do osób zajmujących niższą pozycję w hierarchii, niezależnie od jej źródła, przybierać musi ona postać nadzoru. Zakres wglądu w działalność innej osoby wyznaczany jest bowiem po pierwsze dopuszczalnym w danych okolicznościach poziomem zaufania, przy czym natężenie i charakter czynności sprawdzających jakość pracy danej osoby są odwrotnie proporcjonalne do poziomu dopuszczalnego wobec niej zaufania bądź – innymi słowy – wprost proporcjonalne do nakazanej względem niej ostrożności. Po drugie, na owe odcienie stanu zaufania konieczne jest następnie nałożenie filtru obiektywnej przewidywalności nieprawidłowości w zachowaniu współdziałającego. Ostatecznie zaś rozważenia wymagają nadto prawne możliwości reakcji w związku z dostrzeżeniem ewentualnych niepożądanych stanów, zjawisk lub zachowań, biorąc pod uwagę przede wszystkim to, że sprawowanie nadzoru warunkowane jest istnieniem wyraźnego jurydycznego osadzenia dla jego władczych atrybutów; co musi nasuwać pytanie, w jakich okolicznościach tak dalece posunięte uprawnienie przysługuje, a także – co nawet bardziej interesujące z punktu widzenia odpowiedzialności karnej – kiedy można wskazać, że na danej osobie ciążył prawny, szczególny obowiązek przejawienia władczej (wiążącej) ingerencji. Nie wystarczy wszak – jak wskazuje się niekiedy w literaturze – li tylko obyczaj panujący w danym środowisku pracowniczym (nieformalne podporządkowanie), aby wywodzić z niego prawo i obowiązek władczej korekty działalności poddawanej oglądowi. Aby detalicznie ustalić istnienie takowych należy wziąć pod uwagę szereg czynników takich jak – omówione w tym celu w niniejszej pracy – kwestie: normatywnie warunkowanego systemu zarządzania podmiotem leczniczym; statusu prawnego profesjonalisty medycznego wynikającego z rodzaju zatrudnienia; przynależności do grupy zawodowej korzystającej z ustawowo umocowanego przywileju samodzielności; oraz charakteru zależności nadzorczej danego praktykanta, stażysty lub specjalizanta.

10) Zakładając, że intensywność czynności sprawdzających musi być skorelowana z poziomem wymaganego w danym układzie zaufania, które nawet wśród osób o podobnie wysokich kwalifikacjach nie powinno być bezgraniczne, w strukturach horyzontalnych pewnego rodzaju ograniczona weryfikacja także jest pożądana, stosowna do owego wzajemnego zaufania. A mianowicie: ograniczona o tyle, że proporcjonalna do prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości, które w istocie nie jest wysokie w omawianych okolicznościach; tym niemniej pożądana z uwagi na fakt, że choć jest ono nikłe, to jednocześnie – jako nieodzownie łączące się z aktywnością społeczną, w tym profesjonalną, w ramach której zachowanie człowieka zależne jest od zachowań innych osób – niemożliwe do zupełnego wyeliminowania. Ten właśnie margines ryzyka powinien wyznaczać zakres powinnej weryfikacji w relacjach o charakterze partnerskim, tj. w gronie osób o zbliżonym poziomie przygotowania zawodowego, niezależnie od dziedziny reprezentowanej przez poszczególnych profesjonalistów.

11) W przypadku współpracy z osobą o uznanych kwalifikacjach – w tym taką, względem której pracownik medyczny pozostaje w stosunku podporządkowania – zaufanie do niej może być wprost proporcjonalne do wysokości owych kwalifikacji, a zatem daleko większe niż w stosunku do członków zespołu ich nieposiadających, nigdy jednak bezgraniczne. Ponadto powinność reakcji na nieprawidłowe postępowanie innych członków zespołu ciąży również na osobie znajdującej się w pozycji podporządkowanej względem współpracownika będącego autorem zachowania obarczonego błędem, niezależnie od tego, czy podległość ta ma charakter faktyczny (np. wynikający z dysproporcji kwalifikacji), czy formalny (np. służbowy).

12) Zjawisko tzw. „błędu organizacyjnego” jest o tyle niebezpieczne dla dóbr prawnie chronionych – i stąd wymagające poszukiwania rozwiązań systemowych, wykraczających poza płaszczyznę karnoprawnego wartościowania jednostkowego zachowania – że tak warunkowany incydent może zostać multiplikowany, wywołać skutki na szerszą skalę, sprowadzić – oceniając rzecz z dłuższej perspektywy czasowej – zagrożenie dla wielu osób poprzez sekwencyjne, systematyczne, powtarzalne, choć rozłożone temporalnie, urzeczywistnienie się ryzyk niejako utajonych w obarczonych wadą aktach (pisemnych, ustnych bądź dorozumianych), będących wyrazem realizacji prawa i obowiązku zapewnienia właściwej organizacji w danym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych (np. zarządzeniach,

standardach organizacyjnych, harmonogramie dyżurów, umowach o zatrudnienie, poleceniach służbowych). Poprawy poziomu bezpieczeństwa owych dóbr nie sposób urzeczywistnić bez powołania do życia systemu pozwalającego na stałą ocenę ryzyk i wyciąganie wniosków z przeprowadzonej oceny, służącego identyfikowaniu, gromadzeniu i analizowaniu danych na temat zdarzeń niepożądanych, z położeniem szczególnego nacisku na wykorzystywanie wniosków płynących z analiz i ukierunkowanie na możliwość uczenia się na podstawie wykrycia ewentualnych nieprawidłowości, nie zaś – napiętnowanie i stygmatyzację ich sprawców. Idea rejestru zdarzeń niepożądanych ma być bowiem wyrazem odejścia od kultury represji, oskarżeń i szukania winnych na rzecz kultury bezpieczeństwa, edukacji i otwartości. W nakreślonych uwarunkowaniach zaniechanie reakcji karnoprawnej paradoksalnie może podnosić bezpieczeństwo pacjentów, a tym samym może okazać się bardziej opłacalne niż ukaranie. Obawa bowiem przed napiętnowaniem stanowi główną przeszkodę dla zgłaszalności zdarzeń niepożądanych. Minimalizowanie zaś owej obawy, poprzez wprowadzanie mechanizmów skłaniających do otwartości wobec ujawniania okoliczności tego rodzaju spraw, może przyczyniać się do podniesienia wykrywalności, a tym samym skuteczności systemu raportowania błędów i uczenia się z nich, będącego strategicznym narzędziem w – prowadzonej na szerszą skalę niż jednostkowy przypadek – walce z niekorzystnym z punktu widzenia najcenniejszych dóbr prawnie chronionych zjawiskiem społecznym, jakim jest zjawisko niepowodzenia w leczeniu. Słusznie podnosi się zatem, że system monitorowania takich zdarzeń powinien być przede wszystkim nierepresyjny i zapewniać minimum poufności. Stąd pozytywnie należy ocenić kierunek, w którym podąża projekt ustawy mający implementować omawianą koncepcję do polskiego porządku prawnego, w tym również w zakresie, w jakim przewiduje on możliwość odstąpienia od wymierzenia odpowiedzialności karnej – niejako tytułem gratyfikacji – w związku z autodenuncjacją lub inną formą zgłoszenia nieprawidłowości. Zdecydowanie wymaga on jednak dalszych prac legislacyjnych, jako że na obecnym ich etapie z trudnością można wnioskować o zamyśle projektodawcy co do ewentualnej depenalizacji czynów objętych autodenuncjacją, względnie wprowadzenia innej instytucji wpisującej się w aksjomat łagodzenia albo zaniechania reakcji karnej, mającej podnieść skuteczność lub usprawnić działanie rzeczonego systemu.

13) Jak starano się wykazać w niniejszej pracy, instytucja sprawczego współdziałania znajduje zastosowanie nie tylko do typów umyślnych, lecz także w przypadku czynów charakteryzujących się nieumyślnością. Pogląd ten nie stoi przy tym w sprzeczności z aktualnym stanem nauki odzwierciedlonym w literaturze karnistycznej, na którym to polu – wedle ujęcia większościowego – nie jest wykluczona jej dopuszczalność w odniesieniu do zachowań znamiennych naruszeniem ostrożności. Co więcej, właściwe współczesnemu systemowi ochrony zdrowia skomplikowanie procedur medycznych uzasadnia odwołanie się – w procesie oceny zdarzenia sprowadzającego negatywny skutek dla życia i zdrowia pacjenta – do konstrukcji współsprawstwa, sprawstwa kierowniczego albo sprawstwa polecającego, jako najbardziej adekwatnych postaci zjawiskowych w złożonych układach sytuacyjnych. Sprawy medyczne są jednocześnie podatnym gruntem dla ujawnienia się użyteczności formuły sprawstwa rozszerzonego do czynu nieumyślnego, mogąc stanowić szerokie źródło ilustrujących przykładów jej zastosowania, choć w praktyce wymiaru sprawiedliwości niestety perspektywa ta wciąż pozostaje niedostrzeżona.

14) Na gruncie współsprawstwa czynu nieumyślnego świadomości i woli wejścia w porozumienie i tychże w odniesieniu do wspólnego urzeczywistniania określonego przedsięwzięcia nie należy utożsamiać ze świadomością kryminogenności zachowania objętego porozumieniem, ani tym bardziej z wolą popełnienia czynu zabronionego. Z kolei z perspektywy nieumyślnego sprawstwa kierowniczego czynnościom charakterystycznym dla tej formy zjawiskowej musi towarzyszyć świadomość kierującego, że panuje nad przebiegiem przedsięwzięcia bezpośrednio realizowanego przez osobę kierowaną, choć niekoniecznie świadomość przestępności czynu wykonywanego pod jego kierownictwem, oraz wola wykonania określonego czynu poprzez jej zachowanie, co nie jest jednoznaczne z wolą popełnienia czynu zabronionego. W przypadku natomiast nieumyślnego sprawstwa polecającego wydanie polecenia wykonania czynu zabronionego zakłada u poleceniodawcy świadomość i wolę realizacji czynności polecania przy wykorzystaniu stosownej relacji zależności, niekoniecznie jednak świadomość kryminogenności aktu polecania, oraz wolę, aby treść polecenia została wykonana, co nie jest równoznaczne z wolą popełnienia czynu zabronionego.

15) Nieumyślne sprawstwo kierownicze do czynu nieumyślnego zachodzi, kiedy po stronie każdego ze współdziałających spełnione są przesłanki nieumyślności, w szczególności, gdy: po pierwsze – pomimo braku zamiaru po stronie któregokolwiek ze współdziałających, do realizacji znamion czynu zabronionego dochodzi poprzez zachodzące w koincydencji czasowej zachowania sprawcy kierowniczego i bezpośredniego wykonawcy, tj. zarówno poprzez akt bezpośredniego wykonania czynu przez osobę sterowaną zachowaniem kierownika danego przedsięwzięcia, jak i poprzez postępowanie samego kierownika, który wprawdzie nie realizuje własnoręcznie żadnego ze znamion typu czynu zabronionego, wykonuje go jednak pośrednio poprzez zachowanie osoby pozostającej pod jego kierownictwem; po drugie zaś – do realizacji znamion czynu zabronionego dochodzi na skutek niezachowania przez współdziałających ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, tj. w wyniku zarówno niedochowania przez kierującego wymaganych w owym procesie kierowania danym przedsięwzięciem reguł ostrożności, jak i naruszenia przez bezpośredniego wykonawcę obowiązujących go w tym układzie sytuacyjnym zasad ostrożnego postępowania z dobrem prawnym.

16) Nieumyślne sprawstwo polecające do czynu nieumyślnego zachodzi, kiedy po stronie każdego ze współdziałających spełnione są przesłanki nieumyślności, w szczególności, gdy: po pierwsze – pomimo braku zamiaru po stronie któregokolwiek ze współdziałających, do realizacji znamion czynu zabronionego dochodzi poprzez zachodzące w sekwencji czasowej zachowania sprawcy polecającego i bezpośredniego wykonawcy, tj. poprzez akt kryminogennego polecania, którego autor wprawdzie nie realizuje własnoręcznie żadnego ze znamion typu czynu zabronionego, wykonuje go jednak pośrednio poprzez zachowanie osoby, do której skierowane jest polecenie, a następnie poprzez postępowanie samego adresata polecenia, stanowiące wypełnienie treści otrzymanej dyspozycji; po drugie zaś – do realizacji znamion czynu zabronionego dochodzi na skutek niezachowania przez współdziałających ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, tj. w wyniku niedochowania przez wydającego polecenie obowiązujących go w tym procesie reguł ostrożności, a następnie naruszenia przez bezpośredniego wykonawcę wymaganych w danym układzie sytuacyjnym zasad ostrożnego postępowania z dobrem prawnym.

17) W kategoriach współsprawstwa do czynu nieumyślnego należy rozpatrywać zdarzenia, w ramach których kilku profesjonalistów medycznych wspólnie podejmuje decyzję co do postępowania z pacjentem (element porozumienia), a następnie osoby wchodzące w skład owego gremium razem wdrażają w życie uprzednio podjętą wspólną decyzję kliniczną (element wspólnego wykonania czynu objętego porozumieniem); przy czym – obiektywnie rzecz ujmując – uzgodniona i wykonana przez nich procedura medyczna jest w danych okolicznościach niezgodna z zasadami aktualnej wiedzy medycznej albo z inną regułą ostrożności, w tym o charakterze organizacyjnym. W warunkach zhierarchizowanego współdziałania, rozstrzygnięcia wymaga, na zasadzie wykluczenia, czy nie zachodzą przesłanki charakterystyczne dla sprawstwa kierowniczego albo sprawstwa polecającego, zwłaszcza w przypadku, gdy badane zachowania nie spełniają warunku bezpośredniego, niejako własnoręcznego, wykonania czynu zabronionego choćby w części, koniecznego dla bytu współsprawstwa.

18) Spełnienie przesłanek sprawstwa kierowniczego warto rozważyć w przypadku zdarzeń, w ramach których przynajmniej jeden spośród członków zespołu medycznego posiada pozycję dominującą, pozwalającą na sterowanie zachowaniem pozostałych profesjonalistów medycznych, znajdujących się w takiej względem niego relacji, która jawi się jako rodzaj stosunku podległości, w świadomości kierowanych wywołującego poczucie obowiązku postępowania według wytycznych osoby albo osób, pod których kierownictwem pozostają. Przy czym samo organizowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, bez jednak późniejszego sterowania przez organizatora zachowaniem bezpośredniego wykonawcy – nie może być uznane za sprawstwo kierownicze ze względu na brak w tego rodzaju układzie sytuacyjnym elementu faktycznego panowania nad wykonaniem czynu zabronionego w wymaganej ustawą koincydencji czasowej, która zachodzi tylko wówczas, gdy czynność kierowania ma miejsce na etapie urzeczywistniania znamion czynu.

19) W kategoriach sprawstwa polecającego warto rozważyć sytuacje, gdy przynajmniej jeden z członków zespołu medycznego, wykorzystując swoją nadrzędną pozycję, poleca innemu albo innym pracownikom medycznym podjęcie się określonego zachowania, bez jednak dalszego kierowania wykonaniem czynu objętego zakresem polecenia. Chodzi zatem o przypadki, gdy – z uwagi na fakt, że rola kierownika zespołu albo innej osoby posiadającej faktyczne władztwo nad pozostałymi

członkami zespołu ogranicza się do etapu poprzedzającego realizację danej procedury medycznej – aktywności tej nie można uznać za sprawstwo kierownicze.

20) Poddawszy ocenie najszerzej opracowaną w literaturze – a przy tym mogącą znaleźć zastosowanie na gruncie spraw medycznych – negatywną przesłankę obiektywnego przypisania skutku, wypada dojść do następujących wniosków: Spośród czterech możliwych wariantów sytuacyjnych w sensie temporalnym, tj. działanie – działanie, zaniechanie – działanie, działanie – zaniechanie oraz zaniechanie – zaniechanie, co najwyżej tylko dwa ostatnie wpisują się w kształt „przesłanki ograniczenia przypisania drugiego stopnia" w postaci „włączenia się do cudzego zakresu odpowiedzialności", tak jak ją opisał jej autor, C. Roxin. Przy czym, jak się wydaje, poza zakresem zastosowania tegoż kryterium, poza dwoma pierwszymi przypadkami, pozostają także sytuacje, w których (przynajmniej) dwie osoby, działając bądź dopuszczając się zaniechania równolegle – tj. w tym samym czasie lub w taki sposób, że ich zachowania czasowo przynajmniej częściowo się zazębiają (nakładają) – naruszają reguły postępowania, mimo że jest to naruszenie godzące w te same dobra prawne, tożsamego pacjenta. Powyższe może skłaniać do podzielenia wątpliwości co do klarowności wskazanej negatywnej przesłanki przypisywalności i jej kompletności, a w konsekwencji jej użyteczności w praktyce wymiaru sprawiedliwości; zaś wobec wyraźnej potrzeby poszukiwania rozwiązań o charakterze normatywnym, odpowiadających jednocześnie kryminalnopolitycznym intuicjom i ocenom – do kontunuowania stosownych badań w aspekcie teoretycznym, dogmatycznym i prakseologicznym, mogących wskazaną lukę uzupełnić.

Bibliografia

Literatura

1. Adamska D., Podporządkowanie lekarza zatrudnionego w państwowym zakładzie leczniczym, NP 1973, Nr 12
2. Andrejew I., Polskie prawo karne w zarysie, Warszawa 1970
3. Andrejew I., Polskie prawo karne w zarysie, Warszawa 1986
4. Andrejew I., Polskie prawo karne w zarysie, Warszawa 1989
5. Andrejew I., Sprawstwo według polskiego prawa karnego, SP 1988, Nr 1-2
6. Andrejew I., Świda W., Wolter W., Kodeks karny z komentarzem, Warszawa 1973
7. Augustyn R., Zarys metodyki obrony lekarza w postępowaniu w sprawach o błąd medyczny, Poznań 2010
8. Augustynowicz-Kopeć E., Zwolska Z. (opr.), Mikrobiologiczna diagnostyka gruźlicy oraz zasady ochrony pacjentów i pracowników przed zakażeniami wywołanymi prątkami gruźlicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawa 2014
9. Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.), System Prawa Medycznego. Organizacja systemu ochrony zdrowia, t. 3, Warszawa 2020
10. Bachrach A., Ryzyko i nieostrożność w komunikacji drogowej a oceny prawnokarne, Wrocław-Warszawa-Kraków 1965
11. Badziak J., Przestępstwo z art. 258 Kodeksu karnego z 1997 r. (studium prawnodogmatyczne), Łódź 2014
12. Bafia J., Mioduski K., Siewierski M., Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 1977
13. Bafia J., Polskie prawo karne, Warszawa 1989
14. Bagińska E. (red.), System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prywatnoprawna, t. 5, Warszawa 2021
15. Barach P., Small S. D., Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems, British Medical Journal 2000, Nr 320
16. Baran E., O wydawaniu opinii w sprawach o błąd lekarski w postępowaniu karno-sądowym, AMSiK 1998, Nr 48
17. Baran E., Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski, AMSiK 1996, Nr 46
18. Barczak-Oplustil A., Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego – Izba Karna z 15 lutego 2012 r. (II KK 193/11), CzPKiNP 2012, Nr 4
19. Barczak-Oplustil A., Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych, CzPKiNP 2004, Nr 2
20. Barczak-Oplustil A., Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych, CzPKiNP 2005, Nr 1
21. Bączyk-Rozwadowska K., Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego, PiM 2008, Nr 32
22. Bączyk-Rozwadowska K., Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu, Toruń 2013

23. Bączyk-Rozwadowska K., Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego, SIT 2018, Nr 22

24. Berent J., Jurczyk A. P., Szram S., Analiza wybranych zmian w projekcie kodeksu karnego, AMSiK 2002, Nr 52

25. Berwick D. M., Errors today and errors tomorrow, The New England Journal of Medicine 2003, Nr 348

26. Bielecki K., Zdarzenia niepożądane w chirurgii a błąd medyczny [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

27. Bielski M., Kryteria obiektywnego przypisania skutku na tle współczesnej polskiej dogmatyki prawa karnego [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa profesora Andrzeja Zolla, t. 2, Warszawa 2012

28. Bielski M., Naruszenie reguł ostrożności czy nadmierna ryzykowność zachowania jako właściwe kryterium prawnokarnego przypisania skutku, CzPKiNP 2004, Nr 1

29. Bielski M., 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

30. Bielski M., Obiektywne przypisanie skutku przestępnego w przypadku kolizji odpowiedzialności za skutek, PiP 2005, Nr 10

31. Binding K., Die Normen und ihre Übertretung, Leipzig 1980

32. Biros H., Adams J. G., Wears R. L., Errors in emergency medicine. A call to action, Academic Emergency Medicine 2000, Nr 11

33. Boć J. (red.), Prawo administracyjne, Wrocław 2010

34. Boć J. [w:] J. Boć (red.), Prawo administracyjne, Wrocław 2010

35. Bojarski M. (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna, Warszawa 2017

36. Bojarski T., Glosa do postanowienia SN z dnia 1 marca 2005 r. III KK 208/04, Pal. 2006, Nr 3-4

37. Bojarski T., Z problematyki współdziałania przestępnego [w:] J. Giezek (red.), Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora T. Kaczmarka, Kraków 2006

38. Boratyńska M., Konieczniak P., Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza, PiM 1999, Nr 3

39. Borek E., Janus A., Sitek A. i in., Bezpieczny pacjent. Kierunki koniecznych zmian systemowych, Warszawa 2017

40. Borzęcka J. (red.), Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej, Warszawa 2018

41. Bosek L., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2020

42. Brongel L., Algorytmy diagnostyczne i lecznicze w praktyce SOR, Warszawa 2017

43. Bryła M., Sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające, Prok. i Pr. 2000, Nr 1

44. Brzeziński T. (red.), Historia medycyny, Warszawa 1988

45. Buchała K. (red.), Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna, Warszawa 1990

46. Buchała K. (red.), Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna, Warszawa 1994

47. Buchała K. [w:] K. Buchała (red.), Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna, Warszawa 1990

48. Buchała K. [w:] K. Buchała (red.), Komentarz do kodeksu karnego. Część ogólna, Warszawa 1994

49. Buchała K., „Należyta ostrożność” w ruchu pojazdów mechanicznych a granice zaufania do przestrzegania przepisów przez innych użytkowników dróg publicznych, NP 1959, Nr 11

50. Buchała K., Bezprawność przestępstw nieumyślnych oraz wyłączające ją dozwolone ryzyko, Warszawa 1971

51. Buchała K., Glosa do wyroku SN z dnia 16 stycznia 1974 r., III KR 311/73, NP 1974, Nr 11

52. Buchała K., Kubicki L., Sprawstwo pośrednie w polskiej nauce prawa karnego i orzecznictwie sądowym, SP 1988, Nr 1-2

53. Buchała K., Prawo karne materialne, Warszawa 1980

54. Buchała K., Przestrzeganie zasad ostrożności – problem bezprawności czy winy, PiP 1963, Nr 7

55. Buchała K., W sprawie tzw. sprawstwa pośredniego i pokrewnych form sprawstwa, PS 1994, Nr 3

56. Buchała K., Wolter W., Wykład prawa karnego na podstawie kodeksu karnego z 1969 r., Część I. Część ogólna, Kraków 1979

57. Buchała K., Zoll A., Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 kodeksu karnego, Warszawa 1998

58. Buchała K., Zoll A., Polskie prawo karne, Warszawa 1997

59. Budyn-Kulik M., Nieumyślne spowodowanie śmierci [w:] J. Warylewski (red.), System Prawa Karnego. Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, t. 10, Warszawa 2012

60. Bury B., Podporządkowanie pracownika pracodawcy, PiP 2006, Nr 9

61. Caban Ł. [w:] M. Kopeć (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2016

62. Caldwell G, Is leadership a useful concept in healthcare?, Leadership in Health Services 2014, Nr 27

63. Campo T. M., Lafferty K. A., Stany nagłe. Podstawowe procedury zabiegowe, Warszawa 2013

64. Chowaniec C., Błąd medyczny organizacyjny w epidemiologii wirusowego zapalenia wątroby typ B i C. Ocena materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach, AMSiK 2001, Nr 51

65. Chowaniec C., Chowaniec M., Kobek M., Nowak A., Jatrogenne uszkodzenie dróg żółciowych z następową szkodą żółciową w przypadkach cholecystektomii metodą laparoskopową: błąd medyczny techniczny czy niepowodzenie lecznicze. Ocena sądowo-lekarska wybranych przypadków, AMSiK 2007, Nr 57

66. Chowaniec C., Chowaniec M., Kobek M., Nowak A., O przyczynach błędu medycznego w stanach zagrożenia życia – ocena sądowo-lekarska na podstawie analizy materiału aktowego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach od 2000 roku do końca czerwca 2006 roku, AMSiK 2007, Nr 57

67. Chowaniec C., Chowaniec M., Nowak A., Jabłoński C., Ryzyko zagrożenia błędem medycznym w dni wolne od pracy na podstawie analizy materiału aktowego Katedry Medycyny Sądowej w Katowicach w latach 2000-2005, AMSiK 2007, Nr 57

68. Chowaniec C., Chowaniec M., Nowak A., Nieprawidłowości w opiniowaniu sądowo-lekarskim dotyczącym kwalifikacji obrażeń ciała i rozstroju zdrowia przez biegłych lekarzy nie będących medykami sądowymi, AMSiK 2005, Nr 55

69. Chowaniec C., Jabłoński C., Kobek M., Chowaniec M., Narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jako konsekwencja błędu organizacyjnego – analiza przypadku, AMSiK 2007, Nr 57

70. Chowaniec C., Łada M., Wajda-Drzewiecka K., Skowronek R., Drzewiecki A., Problem odpowiedzialności dyspozytorów medycznych funkcjonujących w systemie ratownictwa medycznego, AMSiK 2014, Nr 64

71. Chowaniec C., Nowak A., Jabłoński C., Neniczka S., Trwałe, istotne zeszpecenie – uwagi o możliwości weryfikacji kryteriów w opiniowaniu sądowo-lekarskim w sprawach karnych i cywilno-odszkodowawczych, AMSiK 2007, Nr 57

72. Chowaniec M., Chowaniec C., Jabłoński C., Nowak A., Sądowo-lekarska ocena wybranych przypadków komplikacji okołoporodowych zakończonych zgonem położnic. Błąd medyczny czy niepowodzenie lecznicze?, AMSiK 2005, Nr 55

73. Cieślak M., Polskie prawo karne. Zarys systemowego ujęcia, Warszawa 1994

74. Cieślak W., Kierowanie wykonaniem czynu zabronionego jako istota sprawstwa kierowniczego, PiP 1992, Nr 7

75. Cieślak Z. [w:] Z. Niewiadomski (red.), Prawo administracyjne, Warszawa 2013

76. Clinton H. R., Obama B., Making patient safety the centerpiece of medical liability reform, The New England Journal of Medicine 2006, Nr 354

77. Cranovsky R. S., Krajewski R., Przyczyny zdarzeń niepożądanych i ogólne zasady postępowania lekarza w razie ich wystąpienia, MP 2011, Nr 3

78. Cranovsky S., Krajewski R., Zdarzenia niepożądane w lecznictwie i błędy medyczne – skala problemu, MP 2011, Nr 2

79. Cranovsky S., O niedoskonałości naszych poczynań, czyli o tzw. błędach medycznych – wprowadzenie, MP 2011, Nr 1

80. Cyprian T. [w:] T. Cyprian, P. Asłanowicz, Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza, Kraków 1949

81. Cyprian T., Asłanowicz P., Karna i cywilna odpowiedzialność lekarza, Kraków 1949

82. Czerwińska D., Nauka o obiektywnym przypisaniu skutku w orzecznictwie Sądu Najwyższego i Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu, Prok. i Pr. 2016, Nr 2

83. Czyżak M., Sprawstwo polecające w zorganizowanej strukturze przestępczej, Prok. i Pr. 2004, Nr 6

84. Ćwiąkalski Z., Błąd co do bezprawności czynu w polskim prawie karnym. Zagadnienia teorii i praktyki, Kraków 1991

85. Daniluk P., Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy, PiM 2004, Nr 17

86. Dawidowicz W., Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce, Warszawa 1970

87. Dąbek A., Kubiak R., Odpowiedzialność karna za skutki błędu medycznego popełnionego w zespołowym działaniu [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznym, t. 3, Warszawa 2021

88. Dąbek A., Odpowiedzialność karna lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego za skutek błędu medycznego, MP 2015, Nr 5

89. Dąbek A., Organizacyjne uwarunkowania błędów popełnianych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych [w:] D. Klimas (red.), Hipokrates przed sądem. Współczesne wyzwania prawa medycznego, t. 2, Wrocław 2018

90. Dąbek A., 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, AUL. Folia Iuridica 2016, Nr 77

91. Dąbkiewicz K., Konstrukcja sprawstwa pośredniego (spór J. Makarewicza i S. Glasera), PiP 2011, Nr 3

92. Deboa D., Błędy medyczne z zakresu chirurgii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej PAM i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, AMSiK 2007, Nr 58

93. Deboa D., Borowiak K. S., Ciechanowski K., Kurzejamska-Parafiniuk M., Zatrucie tioridazyną czy skutek błędów terapeutycznych przyczyną zgonu trzyletniej dziewczynki, AMSiK 2002, Nr 52

94. Dębski R. (red.), System Prawa Karnego. Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności, t. 3, Warszawa 2017

95. Dębski R., Czy zamieszczać w nowelizowanym kodeksie karnym przepisy o obiektywnym przypisaniu? [w:] T. Grzegorczyk, J. Izydorczyk, R. Olszewski (red.), Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013 roku. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90. urodzin, Warszawa 2014

96. Dębski R., Jeszcze o propozycji zakotwiczenia w kodeksie karnym kryteriów obiektywnego przypisania skutku, NKPK 2017, Nr 43

97. Dębski R., Jeszcze o tzw. sprawstwie niewykonawczym (kierowniczym i polecającym) w kodeksie karnym z 1997 r. [w:] J. Giezek (red.), Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora T. Kaczmarka, Kraków 2006

98. Dębski R., O teoretycznych podstawach regulacji współdziałania przestępnego w kodeksie karnym z 1997 r., SPE 1998, Nr 58

99. Dębski R., O tzw. negatywnych przesłankach obiektywnego przypisania [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016

100. Dębski R., Pozaustawowe znamiona przestępstwa. O ustawowym charakterze norm prawa karnego i znamionach typu czynu zabronionego nie określonych w ustawie, Łódź 1995

101. Dębski R., Współdziałanie przy przestępstwie indywidualnym w ujęciu nowego kodeksu karnego, PiP 2002, Nr 6

102. Dolnicki B., Nadzór nad samorządem terytorialnym, Katowice 1993

103. Douglas Collins R., Algorytmy interpretacji objawów klinicznych, Warszawa 2010

104. Drobnik J., Susło R., Trnka J., Mastelarz-Migas A., Błąd organizacyjny jako wynik braku optymalizacji funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej, Family Medicine and Primary Care Review 2009, Nr 11

105. Drozd A., Przemiany pojęcia „stosunek pracy" – wpływ orzecznictwa czy prawa sędziowskiego? [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 2011

106. Dudek K., Dudek K., Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej, PN UEWr 2015, Nr 410

107. Dudzik-Urbaniak E. (red.), Program Akredytacji – Podstawowa Opieka Zdrowotna. Zestaw Standardów, Kraków 2011

108. Dudzik-Urbaniak E., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Piotrowski M. (red.), Program Akredytacji – Szpitale. Zestaw Standardów, Kraków 2009

109. Dukiet-Nagórska T. (red.), Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa, Warszawa 2018

110. Dukiet-Nagórska T., Liszewska A. (red), System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznym, t. 3, Warszawa 2021

111. Dukiet-Nagórska T., Ocena prawno-karna niektórych decyzji lekarskich powodowanych względami pozamedycznymi, PiM 2001, Nr 42

112. Dukiet-Nagórska T., Reguły ostrożnego postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, PiM 2004, Nr 16

113. Duraj T., Ewolucja pracowniczego podporządkowania jako cechy konstytutywnej stosunku pracy w świetle przepisów prawa pracy, SIL 2015, Nr 3

114. Duraj T., Podporządkowanie pracowników zajmujących stanowiska kierownicze w organizacjach, Warszawa 2013

115. Duraj T., Tradycyjne ujęcie pracowniczego podporządkowania – wybrane problemy prawne, SPE 2011, Nr 83

116. Dyszlewska-Tarnawska A. [w:] L. Ogiegło (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2015

117. Edrees H., Paine L. A., Feroli E. R., Wu A. W., Health care workers as second victims of medical errors, PAIM 2011, Nr 121

118. Engler-Jakubiak A., Organizacyjny błąd medyczny, ZN OTN 2013

119. Fayol H., Administracja przemysłowa i ogólna, Poznań 1947

120. Fąfrowicz M., Marek T., Błąd – perspektywa neurokognitywistyczna [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki, Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

121. Filar M. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012

122. Filar M. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2016

123. Filar M. (red.), Prawo a medycyna u progu XXI wieku, Toruń 1987

124. Filar M., Lekarskie prawo karne, Kraków 2000

125. Filar M., Postacie zjawiskowe przestępstwa w projektach kodeksu karnego lat 1980-1990, PPK 1992, Nr 6

126. Fiutak A., Błąd medyczny i niepożądane zdarzenia medyczne – odpowiedzialność prawnokarna [w:] T. Gardocka, D. Jagiełło (red.), Medyczne prawo karne, Warszawa 2016

127. Fiutak A., Prawo w medycynie, Warszawa 2019

128. Florek L., Pisarczyk Ł. (red.), Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 2011

129. Florek T., Czy „sprawstwo kierownicze" stanowi okoliczność kwalifikującą?, PiP 1974, Nr 3

130. Frąckowiak H. M., Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Warszawa 2016

131. Fredrich-Michalska I., Stachurska-Marcińczak B. (opr.), Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami, Warszawa 1997

132. Friediger J., Warunki konieczne dla zgłaszania zdarzeń niepożądanych [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

133. Gajewski P., Bała M., Zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki medycznej w programie akredytacji szpitali, MP 2012, Nr 11

134. Gajewski P., Krajewski R., „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz" – program dla środowiska medycznego, MP 2011, Nr 1

135. Gallagher H., Waterman A. D., Garbutt J. M., Kapp J. M, Chan D. K, Dunagan W. C., Fraser V. J., Levinson W., US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients, Archives of Internal Medicine 2006, Nr 166

136. Gałecki P., Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące leczenia epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających, Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2018, Nr 3

137. Garbutt J., Waterman A. D., Kapp J. M., Lost opportunities. How physicians communicate about medical errors, Health Affairs Health Affairs 2008, Nr 27

138. Gardocka T., Jagiełło D. (red.), Medyczne prawo karne, Warszawa 2016

139. Gardocki L., Prawo karne, Warszawa 2004

140. Gardocki L., Prawo karne, Warszawa 2015

141. Giezek J. (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2007

142. Giezek J. (red.), Przestępstwo – kara – polityka kryminalna. Problemy tworzenia i funkcjonowania prawa. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora T. Kaczmarka, Kraków 2006

143. Giezek J. [w:] J. Giezek (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, Warszawa 2007

144. Giezek J. [w:] M. Bojarski (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna, Warszawa 2017

145. Giezek J., „Sprawstwo" polecające – między kierowaniem czynem zabronionym a nakłanianiem do jego popełnienia [w:] V. Konarska-Wrzosek, J. Lachowski i in. (red.), Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi, Warszawa 2010

146. Giezek J., Gruszecka D. i in. (red.), Księga Jubileuszowa Profesora Tomasza Kaczmarka, Wrocław 2017

147. Giezek J., Gruszecka D., Prawnokarne (obiektywne) przypisanie narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo [w:] J. Majewski (red.), Kryminalizacja narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo, Warszawa 2015

148. Giezek J., Kaczmarek T., Przeciwko ustawowej regulacji kryteriów obiektywnego przypisania skutku, PiP 2013, Nr 5

149. Giezek J., Kardas P. (red.), Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016

150. Giezek J., Naruszenie obowiązku ostrożności jako przesłanka urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego, PiP 1992, Nr 1

151. Giezek J., Teorie związku przyczynowego oraz koncepcje obiektywnego przypisania [w:] R. Dębski (red.), System Prawa Karnego. Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności, t. 3, Warszawa 2017

152. Giezek J., Zgodne z prawem zachowanie alternatywne jako kryterium przypisania skutku, KPPubl. 2004, Nr 4

153. Godycki-Ćwirko M., Koziarska-Rościszewska M., Kosiek K., Błędy medyczne – próba oceny semantyki i taksonomii oraz danych statystycznych, Orzecz. Lek. 2009, Nr 6

154. Góral Z. (red.), Z zagadnień współczesnego prawa pracy. Księga jubileuszowa Profesora Henryka Lewandowskiego, Warszawa 2009

155. Góralczyk W., Podstawy prawa i administracji, Warszawa 2014

156. Góralski P., Związek przyczynowy w prawie karnym na tle orzecznictwa sądowego, Prok. i Pr. 2009, Nr 6

157. Górniok O., Hoc S. i in. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Gdańsk 2002-2003

158. Grabowski M., Szczerba E., Cacko A., Komentarze do przypadków klinicznych w kardiologii – różnorodne ścieżki terapeutyczne, Warszawa 2014

159. Gregory P., Mursell I., Diagnostyka i postępowanie w ratownictwie medycznym. Procedury zabiegowe, Wrocław 2013

160. Grober E. D., Bohnen J. M. A., Defining medical error, Canadian Journal of Surgery 2005, Nr 48

161. Grzegorczyk T., Izydorczyk J., Olszewski R. (red.), Polski proces karny i materialne prawo karne w świetle nowelizacji z 2013 roku. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Januszowi Tylmanowi z okazji Jego 90. urodzin, Warszawa 2014

162. Grześkowiak A. (red.), Prawo karne, Warszawa 2007

163. Grześkowiak A., Wiak K. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012

164. Grześkowiak A., Wiak K. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2018

165. Grzywo-Dąbrowski W., Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej, Warszawa 1958

166. Gubiński A., Zasady prawa karnego, Warszawa 1980

167. Gubiński A., Zasady prawa karnego, Warszawa 1996

168. Guillod O., Medical error disclosure and patient safety. Legal aspects, Journal of Public Health Research 2013, Nr 2

169. Guzik-Makaruk E. M., Truskolaska E., Wojewoda E., Odpowiedzialność karna za błędy medyczne, Warszawa 2021

170. Gwizdak T., Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu, Probl. Pielęgn. 2008, Nr 16

171. Hanc J., Koncepcja obiektywnego przypisania skutku i jej konsekwencje w prawie medycznym [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznym, t. 3, Warszawa 2021

172. Hanc J., Wzajemne relacje w zespołach ratownictwa medycznego i ich znaczenie dla odpowiedzialności karnej ratownika medycznego – wybrane uwagi, PiM 2015, Nr 58

173. Helmreich R. L., On error management. Lessons from aviation, British Medical Journal 2000, Nr 320

174. Henriksen K., Battles J. B., Keyes M. A., Grady M. L. (red.), Advances in patient safety. New directions and alternative approaches, Rockville 2008

175. Henriksen K., Battles J. B., Marks E. S., Lewin D. I. (red.), Advances in patient safety. From research to implementation, Rockville 2005

176. Hevia A., Hobgood C., Medical error during residency. To tell or not to tell, Annals of Emergency Medicine 2003, Nr 42

177. Hobgood C., Xie J., Weiner B., Hooker J., Error identification, disclosure, and reporting. Practice patterns of three emergency medicine provider types, Academic Emergency Medicine 2004, Nr 11

178. Hofmański P., Kardas P., Wiliński P. (red.), Fiat iustitia pereat mundus. Księga jubileuszowa poświęcona sędziemu Sądu Najwyższego Stanisławowi Zabłockiemu z okazji 40-lecia pracy zawodowej, Warszawa 2014

179. Indecki K., Liszewska A., Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, karze i środkach penalnych, Warszawa 2002

180. Ioannidis. J. P., Lau J., Evidence on interventions to reduce medical errors: an overview and recommendations for future research, Journal of General Internal Medicine 2001, Nr 16

181. Irzmański R., Charłusz M., Błąd medyczny w aspekcie czynników psychospołecznych. Rola ergonomicznego projektowania środowiska pracy w medycynie [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

182. Iserzon E., Prawo administracyjne, Warszawa 1968

183. Jagielski J., Kontrola administracji publicznej, Warszawa 2018

184. Jakobs G., Strafrecht. Allgemeiner Teil. Die Grundlagen und Zurechnungslehre Lehrbuch, Berlin-NY 1993

185. Jakubowski W., Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Warszawa 2011

186. Janosik E., Kułagowska E., Oświetlenie jako czynnik kształtujący warunki pracy wzrokowej personelu pielęgniarskiego na salach operacyjnych i jego potencjalny wpływ na ryzyko błędu medycznego [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

187. Jarema M. (red.), Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych, Gdańsk 2015

188. Jaroszyński M., Zimmermann M., Brzeziński W., Polskie prawo administracyjne. Część ogólna, Warszawa 1956

189. Jescheck H. H., Weigend T., Lehrbuch der Strafrechts. Allgemeiner Teil, Berlin 1996

190. Jezusek A., Przyczynowość zaniechania oraz rola powiązań kauzalnych w obiektywnym przypisaniu skutku, CzPKiNP 2015, Nr 4

191. Jęczmionka-Kopińska E., Błąd w sztuce i niepowodzenie medyczne w polskim systemie prawnym. Prawnoetyczne uwarunkowania zabiegów medycznych, Poznań 2013

192. Jóźwiak M., Szymanowski P., Uroginekologia – algorytmy postępowania terapeutycznego, Gdańsk 2019

193. Jurek T., Maksymowicz K., Opiniowanie sądowo-lekarskie a ustalanie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu", AMSiK 2005, Nr 55

194. Jurek T., Świątek B., Golema W., Zdarzenie niepożądane a błąd medyczny [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

195. Jurek T., Świątek B., Rorat M., Drozd R., Prawna i sądowo-lekarska ocena błędów medycznych w położnictwie, AMSiK 2011, Nr 61

196. Jurek T., Świątek B., Roztrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część I – ocena poprawności językowej, zakres znaczeniowy, przegląd orzecznictwa Sądów, AMSiK 2006, Nr 56

197. Jurek T., Świątek B., Roztrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część II – problemy opiniodawcze, AMSiK 2006, Nr 56

198. Kaczmarek T. (red.), Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej w polskim oraz niemieckim prawie karnym. Materiały Polsko-Niemieckiego Sympozjum Prawa Karnego, Wrocław 1990

199. Kaczmarek T., Kwestie sporne wokół pojęcia tzw. niesprawczych form współdziałania przestępnego [w:] J. Majewski (red.), Formy stadialne i postacie zjawiskowe popełnienia przestępstwa. Materiały III Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego, Toruń 2007

200. Kaczmarek T., Recenzja Książki Piotra Kardas, Teoretyczne podstawy odpowiedzialności karnej za przestępne współdziałanie, Prok. i Pr. 2002, Nr 5

201. Kaczmarek T., Spory wokół przyczynowości zaniechania i przypisywania jego skutku [w:] Ł. Pohl (red.), Aktualne problemy prawa karnego. Księga pamiątkowa z okazji jubileuszu 70. urodzin profesora Andrzeja J. Szwarca, Poznań 2009

202. Kaczmarek T., Wybrane aspekty ontologicznych i normatywnych podstaw przypisania skutku, KPPubl. 2004, Nr 4

203. Kalina-Prasznic U. (red.), Encyklopedia Prawa, Warszawa 2007

204. Kardas P. [w:] A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 K.k., Warszawa 2012

205. Kardas P. [w:] P. Kardas, G. Łabuda, T. Razowski, Kodeks karny skarbowy. Komentarz, Warszawa 2012

206. Kardas P. [w:] R. Dębski (red.), System Prawa Karnego. Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności, t. 3, Warszawa 2017

207. Kardas P., Błąd w sztuce medycznej a odpowiedzialność karna lekarza. Kilka uwag o przesłankach bezprawności zachowania lekarza wykonującego zabieg diagnostyczny lub leczniczy, BZP 2007, Nr 4

208. Kardas P., Istota współsprawstwa w polskim prawie karnym. Uwagi na marginesie trzech orzeczeń Sądu Najwyższego, Prok. i Pr. 2005, Nr 12

209. Kardas P., Kilka uwag o sposobach rozstrzygania sporów dotyczących sprawczego współdziałania w popełnieniu przestępstwa indywidualnego [w:] J. Giezek, D. Gruszecka i in. (red.), Księga Jubileuszowa Profesora Tomasza Kaczmarka, Wrocław 2017

210. Kardas P., Łabuda G., Razowski T., Kodeks karny skarbowy. Komentarz, Warszawa 2012

211. Kardas P., Normatywny sposób określenia znamienia skutku przy niektórych przestępstwach przeciwko życiu i zdrowiu a zagadnienia wydawania opinii przez biegłych lekarzy, AMSiK 2001, Nr 51

212. Kardas P., Problem zbiegu przepisów ustawy karnej a różne postaci współdziałania, Prok. i Pr. 2005, Nr 7-8

213. Kardas P., Przypisanie skutku przy przestępnym współdziałaniu, KPP 2004, Nr 4

214. Kardas P., Regulacja współdziałania przestępnego jako podstawa zwalczania przestępczości zorganizowanej, Prok. i Pr. 2002, Nr 10

215. Kardas P., Sprawstwo kierownicze i polecające – wykonawcze czy niewykonawcze postaci sprawstwa?, PS 2006, Nr 5

216. Kardas P., Sroka T., Wróbel W. (red.), Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa profesora Andrzeja Zolla, t. 2, Warszawa 2012

217. Kardas P., Teoretyczne podstawy odpowiedzialności karnej za przestępne współdziałanie, Kraków 2001

218. Kardas P., W poszukiwaniu tzw. negatywnych przesłanek obiektywnego przypisania [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016

219. Kardas P., Zbieg przepisów ustawy w prawie karnym. Analiza teoretyczna, Warszawa 2011

220. Karkowska D., Karkowski T. A., Zatrudnianie w podmiotach leczniczych, Warszawa 2017

221. Karkowska D., Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Warszawa 2014

222. Karkowska D., Prawo medyczne dla pielęgniarek, Warszawa 2013

223. Karkowska D., Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, Warszawa 2010

224. Karkowska D., Zawody medyczne, Warszawa 2012

225. Kautsch M. (red.) Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania, Warszawa 2015

226. Kędziora R., Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009

227. Kilańska D., Bezpieczny personel – bezpieczny pacjent, Analiz. Przyp. Piel. Położn. 2006, Nr 9

228. Kis-Wojciechowska M., Przybylski Z., Błąd medyczny, HH 2011, Nr 7

229. Klepner M., Sprawstwo polecające, Prok. i Pr. 2002, Nr 1

230. Klimas D. (red.), Hipokrates przed sądem. Współczesne wyzwania prawa medycznego, t. 2, Wrocław 2018

231. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W. J. i in., Clinical nutrition in oncology. Polish recommendations, Oncology in Clinical Practice 2015, Nr 11

232. Kłys M., Kowalski P., Błąd diagnostyczny jako nadinterpretacja przesiewowego badania toksykologicznego przy niedostatecznej ocenie klinicznej, AMSiK 2011, Nr 61

233. Kochanowski J., Glosa do wyroku SN z dnia 19 maja 1976 r., I KR 64/76, OSPiKA 1977, Nr 3, poz. 59

234. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (red.), To err is human. Building a safer health system. Report of the Institute of Medicine, Washington 1999

235. Kokot R., Banasiewicz M., Z problematyki odpowiedzialności karnej za błąd w sztuce lekarskiej, NKPK 2009, Nr 24

236. Konarska-Wrzosek V. (red.), Kodeks Karny. Komentarz, Warszawa 2018

237. Konarska-Wrzosek V. [w:] V. Konarska-Wrzosek (red.), Kodeks Karny. Komentarz, Warszawa 2018

238. Konarska-Wrzosek V., Lachowski J. i in. (red.), Węzłowe problemy prawa karnego, kryminologii i polityki kryminalnej. Księga pamiątkowa ofiarowana Profesorowi Andrzejowi Markowi, Warszawa 2010

239. Konopka T., Błąd lekarski w medycynie alternatywnej, AMSiK 2005, Nr 55

240. Konopka T., Skupień E., Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu", AMSiK 2008, Nr 58

241. Kopeć M. (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2016

242. Kordel K., Łabęcka M., Błędy organizacyjne w zarządzaniu placówkami medycznymi. Wybrane przykłady, PiM 2006, Nr 25

243. Kordel K., Łabęcka M., Skutki braku należytej staranności i ukrywania błędów medycznych, PiM 1999, Nr 3

244. Kornacki B., Regulacja kodeksowa zjawiskowych form przestępstwa w ocenie prokuratorów i sędziów (analiza wyników badań pilotażowych), Prokurator 2010, Nr 3

245. Korytkowska D., Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego, AUL. Folia Oeconomica 2012, Nr 274

246. Korytowska A., Problem podporządkowania lekarza w stosunku pracy [w:] Z. Niedbała, M. Skąpski (red.), Problemy zatrudnienia we współczesnym ustroju pracy. Księga jubileuszowa na 55-lecie pracy naukowej i dydaktycznej Profesora Włodzimierza Piotrowskiego, Poznań 2009

247. Kotarbiński T., Traktat o dobrej robocie, Wrocław 1982

248. Kotowski W., Podstawowe zasady bezpieczeństwa w ruchu drogowym. Rys historyczny, Pal. 2008, Nr 11-12

249. Kotowski W., Ustawa Prawo o ruchu drogowym. Komentarz praktyczny, Warszawa 2002

250. Kózka M., Płaszewska-Żywko L., Procedury pielęgniarskie, Warszawa 2014

251. Krajewski-Siuda K., Romaniuk P., System ordynatorski vs. system konsultancki, Zdr.Publ. 2008, Nr 118

252. Królikowski M., Zawłocki R. (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116, Warszawa 2017

253. Królikowski M., Zawłocki R., Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-31, Warszawa 2011

254. Królikowski M., Zawłocki R., Prawo karne, Warszawa 2015

255. Kruk E., Wołoszyn-Cichocka A., Zdyb M. (red.), Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, Warszawa 2018

256. Kryst L., Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej, Bezpieczeństwo Pracy 2011, Nr 11

257. Kubiak R., Dopuszczalne ryzyko sportowe [w:] L. K. Paprzycki (red.), System Prawa Karnego. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej, t. 4, Warszawa 2016

258. Kubiak R., Jankowski M., Identyfikator pacjenta oraz wybrane zagadnienia ochrony jego danych osobowych, MP 2013, Nr 30

259. Kubiak R., Legalność pierwotna ryzyka sportowego, Pr. i Pr. 2006 r., Nr 12

260. Kubiak R., Lekarski obowiązek konsultacyjny, MP 2019, Nr 6

261. Kubiak R., Odpowiedzialność karna za błąd medyczny popełniony w zespołowym działaniu, MP 2012, Nr 2

262. Kubiak R., Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych, Kraków 2012

263. Kubiak R., Ujawnianie zdarzeń niepożądanych a akredytacja szpitala – czy istnieje obowiązek zawiadomienia organów ścigania, MP 2012, Nr 11

264. Kubicki L., Błąd w sztuce w toku interdyscyplinarnego postępowania leczniczego, PiM 2001, Nr 9

265. Kübler A., Bezpieczeństwo w anestezjologii i intensywnej terapii [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

266. Kubot Z., Formy zatrudniania lekarzy w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, PiM 2000, Nr 5

267. Kubot Z., Kierownictwo zlecającego jako pojęcie prawne [w:] Z. Góral (red.), Z zagadnień współczesnego prawa pracy. Księga jubileuszowa Profesora Henryka Lewandowskiego, Warszawa 2009

268. Kubot Z., Ordynatorskie i nieordynatorskie systemy prowadzenia oddziałów szpitalnych, PiM 2007, Nr 26

269. Kubot Z., Podporządkowanie lekarza w państwowym zakładzie leczniczym, RPEiS 1979, Nr 4

270. Kubot Z., Prawne formy wykonywania pracy i usług przez pielęgniarki i położne, PiM 2001, Nr 9

271. Kubot Z., Samozatrudnienie nauczycieli akademickich uczelni medycznej w szpitalu klinicznym [w:] J. Mazurkiewicz (red.), Księga dla naszych kolegów, Wrocław 2013

272. Kubot Z., Status ordynatora, PiM 2001, Nr 10

273. Kubot Z., Umowa o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne, PiM 2000, Nr 8

274. Kulesza W. [w:] W. Wanatowska, W. Kulesza, Odpowiedzialność prawna lekarza, Warszawa 1988

275. Kulik M. [w:] M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2015

276. Kulik M. [w:] M. Mozgawa (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna, Warszawa 2011

277. Kulik M., Formy zjawiskowe popełnienia przestępstwa w polskim prawie karnym, AUMCS – Sectio G 2013, Nr 2

278. Kulik M., Komentarz do art. 18 K.k. [w:] M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany – wydanie elektroniczne, LEX 2018

279. Kunert I., Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej, Pr. i Pr. 2019, Nr 7-8

280. Kunicki I. (red.), Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komentarz do art. 67a-67o ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Warszawa 2016

281. Kunz J., Błąd z bezduszności lekarskiej, AMSiK 2000, Nr 50

282. Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Jak zwiększyć bezpieczeństwo w chirurgii? [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

283. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., Jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej w systemie akredytacji szpitali, MP 2012, Nr 10

284. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., Okołooperacyjna Karta Kontrolna – niełatwe, ale istotne rozwiązanie dla zmniejszenia ryzyka zabiegów chirurgicznych, MP 2012, Nr 12

285. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., Tombarkiewicz M., Zdarzenia niepożądane. Analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, Kraków 2015

286. Lachowski J., Czy konsekwentnie oddzielono stronę podmiotową od winy w Kodeksie karnym z 1997 r. [w:] P. Kardas, T. Sroka, W. Wróbel (red.), Państwo prawa i prawo karne. Księga jubileuszowa Profesora Andrzeja Zolla, t. 2, Warszawa 2012

287. Lachowski J., Marek A., Prawo karne. Zarys problematyki, Warszawa 2018

288. Lachowski J., Ocena projektowanych zmian art. 9 k.k., PiP 2014, Nr 1

289. Lachowski J., Teoretyczne koncepcje winy [w:] R. Dębski (red.), System Prawa Karnego. Nauka o przestępstwie. Zasady odpowiedzialności, t. 3, Warszawa 2017

290. Lang J. [w:] M. Wierzbowski (red.), Prawo administracyjne, Warszawa 2017

291. Latosiewicz R., Szeremeta M., Niemcunowicz-Janica A., Problematyka błędu medycznego – spojrzenie klinicysty i medyka sądowego [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb (red.), Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, Warszawa 2018

292. Lawton R., Parker D., Barriers to incident reporting in a healthcare system, Quality and Safety in Health Care 2002, Nr 11

293. Leape L. L., Berwick D. M., Bates D. W., What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety, JAMA The Journal of the American Medical Association 2002, Nr 288

294. Leape L. L., Berwick D. M., Five years after "To err is human". What have we learned?, JAMA The Journal of the American Medical Association 2005, Nr 293

295. Leape L. L., Error in medicine, JAMA The Journal of the American Medical Association 1994, Nr 272

296. Leape L. L., Reporting of adverse events, The New England Journal of Medicine 2002, Nr 347

297. Legień M., Kobek M., Problematyka błędu lekarskiego w ocenie sędziów i prokuratorów, PiM 2000, Nr 8

298. Lernell L., Wykład prawa karnego. Część ogólna. Tom I, Warszawa 1969

299. Lernell L., Zagadnienia związku przyczynowego w prawie karnym, Warszawa 1962

300. Leszczyński L., Skrętowicz E., Hołda Z. (red.), W kręgu teorii i praktyki prawa karnego. Księga poświęcona pamięci Profesora Andrzeja Wąska, Lublin 2005

301. Lipski M., Kolizja odpowiedzialności za przestępny skutek w przypadku współdziałania wielu osób w procesie leczenia, CzPKiNP 2016, Nr 2

302. Liszcz T., W sprawie podporządkowania pracownika [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 2011

303. Liszewska A., Komentarz do art. 18 K.k. [w:] R. A. Stefański (red.), Kodeks Karny. Komentarz – wydanie elektroniczne, Legalis 2018

304. Liszewska A., Odpowiedzialność karna i zawodowa za błędy medyczne [w:] J. Zajdel (red.), Meritum. Prawo medyczne, Warszawa 2016

305. Liszewska A., Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kraków 1998

306. Liszewska A., Serwach M., Pojęcia i rodzaje błędu medycznego [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznym, t. 3, Warszawa 2021

307. Liszewska A., Wątpliwości wokół pojęcia błędu w sztuce lekarskiej, AUL. Folia Iuridica 1994, Nr 60

308. Liszewska A., Współdziałanie przestępne w polskim prawie karnym. Analiza dogmatyczna, Łódź 2004

309. Łagodziński S., Przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka (art. 155 k.k.). Rozważania teoretyczne i praktyka ścigania, Prok. i Pr. 2014, Nr 7-8

310. Łuków P., Wrześniewska-Wal I., Ordynator a konsultant: możliwość i zasadność zmian w polskiej służbie zdrowia, PiM 2007, Nr 26

311. Majewski J. (red.), Formy stadialne i postacie zjawiskowe popełnienia przestępstwa. Materiały III Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego, Toruń 2007

312. Majewski J. (red.), Kryminalizacja narażenia dobra prawnego na niebezpieczeństwo, Warszawa 2015

313. Majewski J., O pożytkach i szkodach dotychczasowych dociekań nad problematyką źródeł obowiązku gwaranta, KPPubl. 2004, Nr 4

314. Majewski J., Prawnokarne przypisywanie skutku przy zaniechaniu. Zagadnienia węzłowe, Kraków 1997

315. Makarewicz J., Kodeks karny z komentarzem, Lwów 1938

316. Makarewicz J., Polskie prawo karne. Część ogólna, Lwów-Warszawa 1919

317. Malczewska M. [w:] E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014

318. Małecki M., Nieumyślność (artykuł polemiczny), PiP 2016, Nr 9

319. Małecki M., Usprawiedliwiony błąd co do okoliczności stanowiącej znamię czynu zabronionego w świetle nowelizacji art. 28 § 1 k.k., CzPKiNP 2015, Nr 1

320. Małecki M., Ustawowa regulacja kryteriów przypisania skutku (analiza wybranych uwag krytycznych), PiP 2015, Nr 8

321. Małecki M., Z problematyki obiektywnego przypisania skutku (przypadek płonącego anioła), CzPKiNP 2013, Nr 2

322. Małecki M., Zbiegi i kolizje przypisania skutku [w:] J. Giezek, P. Kardas (red.), Obiektywne oraz subiektywne przypisanie odpowiedzialności karnej, Warszawa 2016

323. Mantero M., Blasi F., Algorytmy diagnostyczne i terapeutyczne w chorobach płuc, Wrocław 2017

324. Marciniak M., Sprawstwo kierownicze i inne szczególne postacie sprawstwa w polskim prawie karnym, Opole 2016

325. Marek A., Kodeks Karny. Komentarz, Warszawa 2010

326. Marek A., Prawo karne, Warszawa 2011

327. Marek Z., Błąd medyczny, Kraków 1999

328. Mazurkiewicz J. (red.), Księga dla naszych kolegów, Wrocław 2013

329. Mącior W., Formy popełnienia przestępstwa w projekcie kodeksu karnego z 1995, PiP 1996, Nr 7

330. Mącior W., Odpowiedzialność karna za przestępne współdziałanie, PiP 1977, Nr 4

331. Mącior W., Postacie zjawiskowe przestępstwa w ujęciu kodeksu karnego PRL z 1969 r., PiP 1971, Nr 11

332. McLennan S. R., Engel-Glatter S., Meyer A. H., Schwappach D. L. B., Scheidegger D.H., Elger B. S., Disclosing and reporting medical errors. Cross-sectional survey of Swiss anaesthesiology, European Journal of Anaesthesiology 2015, Nr 32

333. Michalska-Warias A., Sprawstwo kierownicze i sprawstwo polecające jako środki zwalczania zorganizowanych form przestępczości [w:] L. Leszczyński, E. Skrętowicz, Z. Hołda (red.), W kręgu teorii i praktyki prawa karnego. Księga poświęcona pamięci Profesora Andrzeja Wąska, Lublin 2005

334. Michalski B., Narażenie życia i zdrowia na niebezpieczeństwo [w:] J. Warylewski (red.), System Prawa Karnego. Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, t. 10, Warszawa 2012

335. Michalski B., Uszkodzenie ciała i rozstrój zdrowia [w:] J. Warylewski (red.), System Prawa Karnego. Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, t. 10, Warszawa 2012

336. Mikos M., Juszczyk G., Czerw A., Odpowiedzialność cywilna ratownika medycznego za błąd medyczny, Journal of Education, Health and Sport 2016, Nr 6

337. Mikos M., Urbaniak M., Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej, MW 2016, Nr 8

338. Milch C. E., Salem D. N., Pauker S. G., Lundquist T.G., Kumar S., Chen J., Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. An analysis of 92,547 reports from 26 acute care hospitals, Journal of General Internal Medicine 2006, Nr 21

339. Millenson M. L., The silence, Health Affairs 2017, Nr 22

340. Mioduski K. [w:] J. Bafia, K. Mioduski, M. Siewierski, Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 1977

341. Mitrus L., Podporządkowanie pracownicze jako zmieniająca się cecha stosunku pracy [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 2011

342. Mizerska M., Berent J., Barzdo M., Markuszewski L., Szram S., Błędy medyczne z zakresu chorób wewnętrznych w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UM w Łodzi, AMSiK 2004, Nr 54

343. Mozgawa M. (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany – wydanie elektroniczne, LEX 2018

344. Mozgawa M. (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany– wydanie elektroniczne, LEX/el. 2021

345. Mozgawa M. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2015

346. Mozgawa M. (red.), Prawo karne materialne. Część ogólna, Warszawa 2011

347. Mozgawa M., Komentarz do art. 198 K.k. [w:] M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany– wydanie elektroniczne, LEX/el. 2021

348. Namysłowska-Gabrysiak B., Prawo karne – część ogólna, Warszawa 2011

349. Nasiłowski W., Szczepański J., Błąd lekarski rozpatrywany w granicach odpowiedzialności zawodowej, AMSiK 1997, Nr 47

350. Nesterowicz M., Odpowiedzialność cywilna za działania zespołów lekarskich [w:] M. Filar (red.), Prawo a medycyna u progu XXI wieku, Toruń 1987

351. Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń 2001

352. Nichols D. G., Yaster M., Schleien C. i in., Złota godzina – algorytmy postępowania w stanach nagłych u dzieci, Wrocław 2013

353. Niedbała Z., Skąpski M. (red.), Problemy zatrudnienia we współczesnym ustroju pracy. Księga jubileuszowa na 55-lecie pracy naukowej i dydaktycznej Profesora Włodzimierza Piotrowskiego, Poznań 2009

354. Niemczyk S., Łazarska A., Prawo pacjenta do zasięgnięcia dodatkowej opinii lekarskiej oraz zwołania konsylium, PiM 2012, Nr 47

355. Niewiadomski Z. (red.), Prawo administracyjne, Warszawa 2013

356. Niżankowski R., Bezpieczeństwo pacjentów w polskich szpitalach – może należałoby się przejąć?, MP 2012, Nr 12

357. Niżankowski R., Jak poprawić bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu? [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

358. Nowak T., Zasada bezpośredniości w polskim procesie karnym, Poznań 1971

359. Nutbeam T., Daniels R., Procedury zabiegowe, Warszawa 2012

360. Ochendowski E., Prawo administracyjne. Część ogólna, Toruń 2013

361. Ogiegło L. (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2015

362. Orłowski J., Walkowski A., Zawłodzki M., Aspekty ergonomiczne w projektowaniu funkcjonalno-przestrzennym szpitali [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

363. Palka P., Glosa do postanowienia SN z dnia 20 kwietnia 2004 r. V KK 351/03, PS 2005, Nr 7-8

364. Palka P., Glosa do wyroku SA w Łodzi z dnia 23 listopada 2000 r. II Aka 169/2000, Pal. 2003, Nr 1-2

365. Palka P., Współdziałanie przy przestępstwach seksualnych – zagadnienia wybrane, Prok. i Pr. 2006, Nr 7-8

366. Paluszkiewicz H. [w:] P. Wiliński (red.), System Prawa Karnego Procesowego. Zasady procesu karnego, t. 3, Warszawa 2014

367. Papierkowski Z., Sprawstwo pośrednie jako postać przestępstwa, RPEiS 1966, Nr 3

368. Paprzycki L. K. (red.), System Prawa Karnego. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej, t. 4, Warszawa 2016

369. Parkitna-Cegła Z., Błąd medyczny czy nieszczęśliwy wypadek w pracy pielęgniarki, AMSiK 1997, Nr 47

370. Patryas W., Przyczynek do zagadnienia przyczynowości zaniechania, RPEiS 1992, Nr 3

371. Penc J., Przesłanki i warunki organizowania pracy w zespole, RPEiS 1989, Nr 3

372. Pfenninger J. L., Fowler G. C., Procedury zabiegowe i diagnostyczne w dermatologii i medycynie estetycznej, Wrocław 2012

373. Piech K., Włączenie się do cudzego zakresu odpowiedzialności jako negatywna przesłanka obiektywnego przypisania skutku za błąd w sztuce lekarskiej na tle orzecznictwa polskich sądów karnych, ZNTD UJ 2018, Nr 21

374. Pietro D. A., Shyavitz L. J., Smith R. A., Auerbach B. S., Detecting and reporting medical errors. Why the dilemma?, British Medical Journal 2000, Nr 320

375. Piszczek A., Odrębności podporządkowania pracownika w nietypowych umownych stosunkach pracy, Łódź 2016

376. Piwnik S., Jeszcze o pojęciu podporządkowania pracownika w świetle polskiego prawa pracy, NP 1980, Nr 2

377. Plebanek E., Glosa do wyroku SN z dnia 3 sierpnia 2006 r., WA 23/06, LEX/el. 2009

378. Plebanek E., Odpowiedzialność karna lekarza za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu w aspekcie leczenia za pomocą nierozpowszechnionych lub nowatorskich metod terapeutycznych, PiM 2010, Nr 39

379. Podciechowski L., Królikowska A., Hincz P., Wilczyński J., Organizacyjny błąd medyczny, Perinat. Neonat. i Gin. 2009, Nr 2

380. Pohl Ł. (red.), Aktualne problemy prawa karnego. Księga pamiątkowa z okazji jubileuszu 70. urodzin profesora Andrzeja J. Szwarca, Poznań 2009

381. Pohl Ł., Błąd co do okoliczności stanowiącej znamię czynu zabronionego w polskim prawie karnym. Zagadnienia ogólne, Poznań 2013

382. Pohl Ł., Obiektywna istota sprawstwa w ujęciu polskiego prawa karnego (uwagi na marginesie lektury pracy P. Kardasa Teoretyczne podstawy odpowiedzialności karnej za przestępne współdziałanie), RPEiS 2004, Nr 2

383. Pohl Ł., Pomocnictwo a inne formy zjawiskowe czynu zabronionego (kryteria różnicujące), Prok. i Pr. 2001, Nr 6

384. Pohl Ł., Prawo karne. Wykład części ogólnej, Warszawa 2015

385. Pokorska J., Pokorski J., Nitecka E., Witczak I., Zdarzenia niepożądane i bezpieczeństwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego, Probl. Pielęgn. 2015, Nr 23

386. Pokorski J., Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.) Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

387. Pokorski J., Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych. Ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków 2008

388. Pokorski J., Pokorska J., Zawłodzki M. (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

389. Polakowski M., Berent J., Śliwka K., Opiniowanie o „naruszeniu czynności narządu ciała" lub „rozstroju zdrowia" wobec rezygnacji w nowym kodeksie karnym z pojęcia „uszkodzenia ciała", AMSiK 1999, Nr 49

390. Poorolajal J., Rezaie S., Aghighi N., Barriers to medical error reporting, International Journal of Preventive Medicine 2015, Nr 6

391. Popielski B., Medycyna i prawo, Warszawa 1963

392. Popielski B., Orzecznictwo lekarskie, Warszawa 1981

393. Popławski H., Problematyka współsprawstwa przy przestępstwach nieumyślnych, Pal. 1987, Nr 1

394. Prebisz A. N., Odgraniczenie sprawstwa kierowniczego od współdziałania przestępnego, Prok. i Pr. 2003, Nr 1

395. Przybylska K., Klamerek A., Matthews-Kozanecka M., Błąd medyczny jako zagrożenie prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, Pielęgn. Pol. 2014, Nr 52

396. Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Sackiewicz A., Szeremeta M., Okłota M., Wardaszka Z., Błędy medyczne z zakresu neurologii w materiale Zakładu Medycyny Sądowej UM w Białymstoku, AMSiK 2009, Nr 59

397. Pundir J., Coomarasamy A., Ginekologia – algorytmy oparte na dowodach naukowych, Warszawa 2019

398. Raczkowski M., O podporządkowaniu autonomicznym – krytycznie [w:] L. Florek, Ł. Pisarczyk (red.), Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, Warszawa 2011

399. Radomski W., Urbanek K., Sprawstwo kierownicze w rozboju kwalifikowanym, Pal. 1975, Nr 11

400. Radzicki J., Ryzyko zabiegów lekarskich w prawie karnym, Warszawa 1967

401. Raglewski J. [w:] A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 K.k., Warszawa 2012

402. Ranzani F., Ergonomia i projektowanie przyjazne dla użytkownika – nowe problemy z pogranicza zarządzania ryzykiem i bezpieczeństwa pacjenta [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

403. Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego, Warszawa 1999

404. Rejman G., Czynność lecznicza wykonywana przez zespół lekarski a odpowiedzialność karna [w:] M. Filar (red.), Prawo a medycyna u progu XXI wieku, Toruń 1987

405. Rejman G., Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1991

406. Rejman G., Odpowiedzialność karna personelu medycznego działającego w zespole, Pal. 1983, Nr 10

407. Rejman G., Odpowiedzialność karna za niewłaściwe wykonanie nadzoru w zespołowym działaniu, Warszawa 1972

408. Rejman G., Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego w zakresie prawa karnego materialnego, NP 1975, Nr 7-8

409. Rejman G., Teorie i formy winy w prawie karnym, Warszawa 1980

410. Rejman G., Zasady odpowiedzialności karnej. Komentarz do art. 8-31 K.k., Warszawa 2009

411. Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Stanowisko Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Gdańsk 2017

412. Roberts J. R., Hedges J. R., Custalow C. i in., Procedury kliniczne w medycynie ratunkowej, Wrocław 2012

413. Roxin C., Problematyka obiektywnego przypisania [w:] T. Kaczmarek (red.), Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej w polskim oraz niemieckim prawie karnym. Materiały Polsko-Niemieckiego Sympozjum Prawa Karnego, Wrocław 1990

414. Roxin C., Strafrecht. Allgemeiner Teil. Grundlagen. Aufbau der Verbrechenslehre, t. 1, München 1997

415. Ruff J., Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1929

416. Rutkowski S., Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza, Prok. i Pr. 1999, Nr 9

417. Sadowska J., Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, Sopot 2015

418. Sakowicz A. [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116, Warszawa 2017

419. Sakowicz A. [w:] M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-31, Warszawa 2011

420. Sandomierski A., Błąd sztuki lekarskiej w orzecznictwie Komisji Kontroli Zawodowej, NP 1979, Nr 10

421. Sawicki J., Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, Warszawa 1965

422. Sawicki J., Glosa do wyroku SN z dnia 3 grudnia 1958 r., IV K 28/58, PiP 1960, Nr 1

423. Sawicki J., O odpowiedzialności za błędny zabieg leczniczy. Problem winy, PiP 1954, Nr 6

424. Sawicki J., Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej [w:] W. Grzywo-Dąbrowski, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej, Warszawa 1958

425. Schenkel S., Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments, Academic Emergency Medicine 2000, Nr 11

426. Schladitz P., Normtheoretische Grundlagen der Lehre von der objektiven Zurechnung, Sicheres Fundament oder Achillesferse?, Tübingen 2021

427. Sepioło-Jankowska I. (red.), Reforma prawa karnego, Warszawa 2014

428. Serwach M., Pojęcie błędu medycznego, szkody, związku przyczynowego oraz winy jako przesłanek odpowiedzialności cywilnej lekarza, MP 2010, Nr 11

429. Shaoul R., Algorytmy pediatryczne – gastroenterologia, Warszawa 2019

430. Sieńko A., Kaczmarczyk D., Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej, Warszawa 2017

431. Sieracki W., Istota sprawstwa kierowniczego (art. 16 k.k.) w świetle orzecznictwa Sądu Najwyższego i wypowiedzi doktrynalnych, WPP 1993, Nr 3-4

432. Sieracki W., Sprawstwo kierownicze na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego (Kilka uwag dotyczących art. 16 k.k. – zdanie końcowe), WPP 1977, Nr 4

433. Skorupka J., Glosa do wyroku SA w Katowicach z dnia 22 lutego 2001 r., II AKa 10/01, OSP 2003, Nr 4

434. Skowronek R., Chowaniec C., Odpowiedzialność karna lekarza w zespołowym działaniu – ocena medyczno-sądowa skrajnie odmiennych przypadków klinicznych zakończonych zgonem pacjentów, MP 2016, Nr 3

435. Skrabucha A., Błąd lekarski w sądzie, PiM 2010, Nr 40

436. Skrenty Ż., Organizacyjny błąd medyczny, St. Lub. 2014, Nr 10

437. Sługocki J., Prawo administracyjne. Podstawowe zagadnienia ustrojowe, Warszawa 2007

438. Smoktunowicz E. (red.), Wielka Encyklopedia Prawa, Warszawa 2000

439. Sośniak M., Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1968

440. Spotowski A., Pomijalny (pozorny) zbieg przepisów ustawy i przestępstw, Warszawa 1976

441. Spotowski A., Próba rozgraniczenia form zjawiskowych przestępstwa w nowym k.k., Pal. 1972, Nr 2

442. Spotowski A., Sprawstwo kierownicze, SP 1988, Nr 1-2

443. Sroka T., Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Warszawa 2013

444. Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego, opr. Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Kraków 2014

445. Staryszak J., Prawo nadzoru nad administracją samorządową w Polsce, Warszawa 1931

446. Stefańska B. J., Komentarz do art. 18 K.k. [w:] R. A. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2018

447. Stefański R. A. (red.), Kodeks Karny. Komentarz – wydanie elektroniczne, Legalis 2018

448. Stefański R. A. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2018

449. Stefański R. A., Glosa do wyroku SN z dnia 19 grudnia 1994 r., III KRN 185/94, Pal. 1996, Nr 3-4

450. Stefański R. A., Prawo o ruchu drogowym. Komentarz, Warszawa 2005

451. Stefański R. A., Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu i w komunikacji. Rozdział XX i XXI Kodeksu karnego. Komentarz, Warszawa 2000

452. Stępień K., Zgwałcenie wspólnie z inną osobą (art. 197 § 3 K.k.) – współsprawstwo konieczne, Prok. i Pr. 1999, Nr 10

453. Stomma S., Współdziałanie przed dokonaniem przestępstwa, Warszawa 1975

454. Striker M., Ordynator czy koordynator? Przekształcenia publicznych szpitali a role i zadania kierownika oddziału, ZZL 2011, Nr 79

455. Striker M., Zmiany w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych w publicznym szpitalu, EEiM 2016, Nr 40

456. Studdert D. M., Mello M. M., Brennan T. A., Medical malpractice, The New England Journal of Medicine 2004, Nr 350

457. Studdert D. M., Mello M. M., Gawande A. A., Gandhi T. K., Kachalia A., Yoon C., Puopolo A. L., Brennan T. A., Claims, errors and compensation payments in medical malpractice litigation, The New England Journal of Medicine 2006, Nr 354

458. Supiot A., Zatrudnienie pracownika i zatrudnienie niezależne [w:] Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego, Warszawa 1999

459. Sycz T., Tomaszewska-Mielniczek J., Sycz W. K., Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych – potrzeba czy konieczność, Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece 2018, Nr 4

460. Sygit B., „Sprawstwo kierownicze" w poglądach doktryny i orzecznictwie Sądu Najwyższego, PP 1978, Nr 7

461. Szczepaniak L., Błąd medyczny – przyczyny, skutki i odpowiedzialność, BZP 2007, Nr 4

462. Szczepaniec M., Sprawstwo polecające a sprawstwo kierownicze – problemy z rozgraniczeniem, Pal. 2007, Nr 11-12

463. Szostak R., Kozak M., Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej, SPu 2014, Nr 23

464. Szwacha J., Z problematyki współdziałania przestępnego, NP 1970, Nr 12

465. Szwarc A. J. (red.), Kompatybilność pozaprawnych regulacji sportowych z regulacjami prawnymi

466. Szwarc A. J., Karnoprawne funkcje reguł sportowych, Poznań 1997

467. Szych J. (opr.), Rekomendacje laboratoryjnej diagnostyki zakażeń przewodu pokarmowego bakteriami rosnącymi w warunkach tlenowych oraz mikroaerofilnych. Rekomendacje Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawa 2015

468. Szymczak M. (red.), Słownik języka polskiego, t. 1, Warszawa 1978

469. Szymczak M. (red.), Słownik języka polskiego, t. 3, Warszawa 1981

470. Śliwowski J., Prawo karne, Warszawa 1979

471. Świątek B., Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego, PiM 2000, Nr 5

472. Świda W., Prawo karne, Warszawa 1966

473. Świda W., Prawo karne, Warszawa 1978

474. Świda W., Prawo karne, Warszawa 1986

475. Tarapata S., Głos w sprawie „niebezprawnego naruszenia reguł postępowania z dobrem prawnym". O przypadku tzw. „płonącego anioła", CzPKiNP 2013, Nr 2

476. Tarapata S., Przypisanie sprawstwa skutku w sensie dynamicznym w polskim prawie karnym, Kraków 2019

477. Tarapata S., Rozważania na temat aktualnych propozycji ujęcia kryteriów obiektywnego przypisania skutku w ustawie karnej [w:] I. Sepioło-Jankowska (red.), Reforma prawa karnego, Warszawa 2014

478. Taylor J. A., Brownstein D., Klein E. J., Strandjord T. P., Evaluation of an anonymous system to report medical errors in pediatric inpatients, Journal of Hospital Medicine 2007, Nr 4

479. Teresiński G., Mądro R., Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowo-lekarskim, AMSiK 2001, Nr 51

480. Teresiński G., Mądro R., 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, AMSiK 2001, Nr 51

481. Teresiński G., Mądro R., Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. III. Przykłady opinii, AMSiK 2001, Nr 51

482. Thomas E. J., Petersen L. A., Measuring errors and adverse events in health care, Journal of General Internal Medicine 2003, Nr 18

483. Tokarczyk D., Koncepcja obiektywnego przypisania skutku (uwagi na marginesie postanowienia Sądu Najwyższego), PiP 2015, Nr 4

484. Tokarczyk D., Spory wokół obiektywnego przypisania w świetle propozycji nowelizacji kodeksu karnego, PiP 2013, Nr 10

485. Tokarczyk D., Sprawstwo pośrednie de lege ferenda, PiP 2018, Nr 5

486. Tołłoczko T., Błąd lekarski. Spojrzenie klinicysty, PiM 2000, Nr 5

487. Triffterer O., Österreichisches Strafrecht. Allgemeiner Teil, Wien-NY 1994

488. Trybus M., Kilka uwag o wybranych skutkach w grupie przestępstw przeciwko zdrowiu, WPP 2012, Nr 3

489. Tymiński R., Odpowiedzialność karna za działania w zespole medycznym, PS 2021, Nr 5

490. Tymiński R., Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty. Aspekty administracyjnoprawne, Warszawa 2019

491. Tyszkiewicz L. [w:] M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012

492. Tyszkiewicz L. [w:] M. Filar (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2016

493. Tyszkiewicz L. [w:] T. Dukiet-Nagórska (red.), Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa, Warszawa 2018

494. Tyszkiewicz L., Problemy współdziałania przestępnego „de lege ferenda", Pal. 1990, Nr 1

495. Tyszkiewicz L., Współdziałanie przestępne i główne pojęcia z nim związane w polskim prawie karnym, Poznań 1964

496. Uchnast Z. (red.), Synergia a dobro wspólne. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania, Lublin-Nowy Sącz 2012

497. Uchnast Z. (red.), Synergia w relacjach interpersonalnych i w organizacjach. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania, Lublin-Nowy Sącz 2009

498. Uchnast Z. (red.), Współdziałanie. Rywalizacja. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania, Lublin-Nowy Sącz 2008

499. Uchnast Z., Motywacja synergiczna w zarządzaniu [w:] Z. Uchnast (red.), Współdziałanie. Rywalizacja. Wybrane zagadnienia z psychologii kierowania, Lublin-Nowy Sącz 2008

500. Uribe C. L., Schweikhart S. B., Pathak D. S., Dow M., Marsh G. B., Perceived barriers to medical-error reporting: an exploratory investigation, Journal of Healthcare Management 2002, Nr 47

501. Wachholz L., Medycyna sądowa, Kraków 1925

502. Wanatowska W., Kulesza W., Odpowiedzialność prawna lekarza, Warszawa 1988

503. Warylewski J. (red.), System Prawa Karnego. Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym, t. 10, Warszawa 2012

504. Warylewski J., Prawo karne. Część ogólna, Warszawa 2004

505. Warylewski J., Prawo karne. Część ogólna, Warszawa 2017

506. Waszczyński J., Prawo karne w zarysie. Nauka o ustawie karnej i przestępstwie, Warszawa 1992

507. Waxman D. A., Greenberg M. D., Ridgely M. S., Kellermann A. L., Heaton P., The effect of malpractice reform on emergency department care, The New England Journal of Medicine 2014, Nr 371

508. Wąsek A. [w:] O. Górniok, S. Hoc i in. (red.), Kodeks karny. Komentarz, Gdańsk 2002-2003

509. Wąsek A., Formy popełnienia przestępstwa w k.k. z 1997 r., NKK 1998, Nr 9

510. Wąsek A., Kodeks karny. Komentarz do art. 1-31, Gdańsk 1999

511. Wąsek A., Współsprawstwo przestępstw nieumyślnych, AUMCS – Sectio G 1975, Nr 15

512. Wąsek A., Współsprawstwo w polskim prawie karnym, Warszawa 1977

513. Wąsik D., Bezpieczeństwo użytkowania wyrobu medycznego a odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w leczeniu pacjenta – studium przypadku, SPu 2017

514. Wąsik D., Sygit B., Odpowiedzialność za narażenie pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia a procedury anestezjologiczne, Pr. i Pr. 2017, Nr 2

515. Wąsik D., Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia. Komentarz, Warszawa 2016

516. Weingart N., Wilson R. M., Gibberd R. W., Harrison B., Epidemiology of medical error, The Western Journal of Medicine, 2000, Nr 172

517. Weingart S. N., Callanan L. D., Ship A. N., Aronson M. D., A Physician-based voluntary reporting system for adverse events and medical errors, Journal of General Internal Medicine 2001, Nr 16

518. Wessel J., Beulke W., Strafrecht. Allgemeiner Teil. Die Straftat und ihr Aufbau, Heidelberg-München-Landsberg-Frechen-Hamburg 2011

519. Wiak K. [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2012

520. Wiak K. [w:] A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz, Warszawa 2018

521. Wielgoś M., Krzakowski M. i in., Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część I. Wiadomości ogólne: epidemiologia, diagnostyka, leczenie, poradnictwo genetyczne, Gin. i Perin. Prakt. 2016, Nr 4

522. Wielgoś M., Krzakowski M. i in., Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część II. Rak szyjki macicy, guzy jajnika, Gin. i Perin. Prakt. 2017, Nr 1

523. Wielgoś M., Krzakowski M. i in., Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część III. Rak piersi, rak tarczycy, Gin. i Perin. Prakt. 2017, Nr 2

524. Wielgoś M., Krzakowski M. i in., Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży. Część IV. Nowotwory układu pokarmowego, rzadkie nowotwory, Gin. i Perin. Prakt. 2017

525. Wierzbowski M. (red.), Prawo administracyjne, Warszawa 2017

526. Wierzbowski M., Wiktorowska A. [w:] M. Wierzbowski [w(red.), Prawo administracyjne, Warszawa 2017

527. Wiliński P. (red.), System Prawa Karnego Procesowego. Zasady procesu karnego, t. 3, Warszawa 2014

528. Wiśniewski E. (red.), Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii i ich opisywania w dokumentacji medycznej, Warszawa 2018

529. Wojciechowski J., Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo, Warszawa 2002

530. Wolińska M., Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, Prok. i Pr. 2013, Nr 5

531. Wolter W. (red.), Związek przyczynowy w prawie karnym, Warszawa 1953

532. Wolter W. [w:] I. Andrejew, W. Świda, W. Wolter, Kodeks karny z komentarzem, Warszawa 1973

533. Wolter W. [w:] W. Wolter (red.), Związek przyczynowy w prawie karnym, Warszawa 1953

534. Wolter W., Błędne koło problematyki przyczynowości w teorii i praktyce prawa karnego, PiP 1964, Nr 3

535. Wolter W., Funkcja błędu w prawie karnym, Warszawa 1965

536. Wolter W., Nauka o przestępstwie. Analiza prawnicza na podstawie przepisów części ogólnej kodeksu karnego z 1969 r., Warszawa 1973

537. Wolter W., Nauka o ustawie karnej i o przestępstwie [w:] K. Buchała, W. Wolter, Wykład prawa karnego na podstawie kodeksu karnego z 1969 r., Część I. Część ogólna, Kraków 1979

538. Wolter W., O tzw. przyczynowości zaniechania, PiP 1954, Nr 10-11

539. Woroń J., Wordliczek J., Błąd medyczny w farmakoterapii [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

540. Wróbel W., Kilka uwag o współsprawstwie przestępstw materialnych w perspektywie kryteriów obiektywnego przypisania skutku [w:] P. Hofmański, 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

541. Wróbel W., Zagadnienia prawne błędów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem „błędów niezawinionych" [w:] J. Pokorski, J. Pokorska, M. Zawłodzki (red.), Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne, Kraków 2010

542. Wróbel W., Zoll A., Polskie prawo karne. Część ogólna, Kraków 2011

543. Wróbel W., Zoll A., Polskie prawo karne. Część ogólna, Kraków 2014

544. Wu A. W., Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too, British Medical Journal 2000, Nr 320

545. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznawania i leczenia omdleń (2018), opr. Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. rozpoznawania i leczenia omdleń, Kardiologia Polska 2018, Nr 8

546. Wytyczne ESC/ EACTS dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego (2018), opr. Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Stowarzyszenia Chirurgii Serca i Klatki Piersiowej (EACTS) ds. rewaskularyzacji mięśnia sercowego, Kardiologia Polska 2018, Nr 12

547. Wytyczne ESC/ ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018), opr. Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) ds. postępowania w nadciśnieniu tętniczym, Kardiologia Polska 2019, Nr 2

548. Zabłocki S., Zagadnienie przypisywalności skutku w najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego, KPPubl. 2004, Nr 4

549. Zajdel J. (red.), Meritum. Prawo medyczne, Warszawa 2016

550. Załucki D., Współsprawstwo, podżeganie i pomocnictwo a przestępstwa nieumyślne, PP 1985, Nr 6

551. Zawiejski P., Tak zwana klauzula dobrego Samarytanina [w:] T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska (red.), System Prawa Medycznego. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi, t. 3, Warszawa 2021

552. Zhang J., Patel V. L., Johnson T. R, Medical error: is the solution medical or cognitive?, Journal of the American Medical Informatics Association 2002, Nr 9

553. Zielińska E. (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014

554. Zielińska E. [w:] E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Warszawa 2014

555. Zielińska E., Glosa do wyroku SN z dnia 19 maja 1976 r., I KR 64/76, OSPiKA 1977, Nr 5, poz. 89

556. Zielińska E., Odpowiedzialność zawodowa lekarza a odpowiedzialność karna, PiM 2004, wydanie specjalne

557. Zielińska E., Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej, Warszawa 2001

558. Zielińska E., Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej, PiM 2001, Nr 9

559. Zieliński P., Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego, MW 2016, Nr 8

560. Zimmermann J., Prawo administracyjne, Warszawa 2016

561. Ziółko A., Rolewicz-Kalińska A., Postępowanie z odpadami medycznymi w medycznym laboratorium diagnostycznym. Rekomendacje Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawa 2018

562. Zoll A. (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 K.k., Warszawa 2012

563. Zoll A. [w:] A. Zoll (red.), Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 K.k., Warszawa 2012

564. Zoll A. [w:] K. Buchała, A. Zoll, Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1-116 kodeksu karnego, Warszawa 1998

565. Zoll A., Brak wymaganych kwalifikacji działającego podmiotu jako przesłanka odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne, SP 1988, Nr 1-2

566. Zoll A., Glosa do wyroku SN z dnia 25 czerwca 2008 r., IV KK 39/08, OSP 2009, Nr 3

567. Zoll A., Konstytucyjne aspekty prawa karnego [w:] T. Bojarski (red.), System Prawa Karnego. Źródła prawa karnego, t. 2, Warszawa 2011

568. Zoll A., Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988

569. Zoll A., Odpowiedzialność kierującego wykonaniem przez inną osobę czynu zabronionego, PiP 1970, Nr 7

570. Zoll A., Odpowiedzialność za przygotowanie lub usiłowanie przestępstwa w przypadku współdziałania wielu osób [w:] Z. Ćwiąkalski, M. Szewczyk i in. (red.), Problemy odpowiedzialności karnej. Księga ku czci profesora Kazimierza Buchały, Kraków 1994

571. Zoll A., Ogólne zasady odpowiedzialności karnej w projekcie kodeksu karnego, PiP 1990, Nr 10

572. Zoll A., Podstawy teoretyczne regulacji współdziałania przestępnego w projekcie kodeksu karnego, PiP 1995, Nr 6

573. Zoll A., Prace nad nowelizacją przepisów części ogólnej kodeksu karnego, PiP 2012, Nr 11

574. Zoll A., Sprawstwo bez wykonania czynu zabronionego, RPEiS 2009, Nr 2

575. Żaba C., Żaba Z., Marcinkowski J. T., Klimberg A., Przediagnozowanie w rozpoznaniu obrażeń czaszkowo-mózgowych jako błąd diagnostyczny, AMSiK 2007, Nr 57

576. Żaba C., Żaba Z., Świderski P., Klimberg A., Marcinkowski J. T., Przybylski Z., Błędy diagnostyczne w urazach głowy, AMSiK 2007, Nr 57

577. Żaba C., Żaba Z., Świderski P., Lorkiewicz-Muszyńska D., Błąd diagnostyczny i organizacyjny w obrażeniach głowy, AMSiK 2009, Nr 59

Orzecznictwo sądowe

1. Orzeczenie SN z dnia 10 grudnia 1952 r., C 584/52, PiP 1953, Nr 8-9, poz. 366
2. Orzeczenie SN z dnia 10 września 1953 r., II C 2527/52, OSNCK 1954, Nr 2, poz. 50
3. Orzeczenie SN z dnia 8 kwietnia 1959 r., III CR 762/58, PiP 1961, Nr 2, poz. 342
4. Postanowienie SN z dnia 1 marca 2005 r., III KK 208/04, OSNKW 2005, Nr 7-8, poz. 62
5. Postanowienie SN z dnia 11 grudnia 2020 r., IV CSK 182/20, LEX Nr 3148273
6. Postanowienie SN z dnia 11 kwietnia 2014 r., V KK 408/13, LEX Nr 1482487
7. Postanowienie SN z dnia 11 stycznia 2017 r., IV KK 285/16, LEX Nr 2254801
8. Postanowienie SN z dnia 13 marca 2019 r., II KK 217/18, LEX Nr 2633631
9. Postanowienie SN z dnia 13 stycznia 2004 r., V KK 170/03, Lex Nr 109496
10. Postanowienie SN z dnia 14 listopada 2018 r., IV KK 503/18, LEX Nr 2579544
11. Postanowienie SN z dnia 14 marca 2013 r., IV KK 420/12, LEX Nr 1293833
12. Postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 r., II KK 193/11, OSNKW 2012, Nr 9, poz. 89
13. Postanowienie SN z dnia 16 stycznia 2018 r., IV KK 210/17, LEX Nr 2449677
14. Postanowienie SN z dnia 17 grudnia 2014 r., II KK 328/14, LEX Nr 1628918
15. Postanowienie SN z dnia 17 września 2008 r., III KK 274/08, LEX Nr 464975
16. Postanowienie SN z dnia 17 września 2014 r., V KK 204/14, LEX Nr 1537573
17. Postanowienie SN z dnia 2 marca 2006 r., II KK 7/06, LEX Nr 196995
18. Postanowienie SN z dnia 20 grudnia 2018 r., V KK 565/18, LEX Nr 2609446
19. Postanowienie SN z dnia 20 maja 2009 r., II KK 306/09, LEX Nr 843160
20. Postanowienie SN z dnia 22 lutego 2007 r., V KK 183/06, OSNwSK 2007, Nr 1, poz. 487

21. Postanowienie SN z dnia 23 maja 2007 r., V KK 265/06, OSNKW 2007, Nr 7-8, poz. 58
22. Postanowienie SN z dnia 25 kwietnia 2019 r., III CSK 292/18, LEX Nr 2653097
23. Postanowienie SN z dnia 3 grudnia 1962 r., Rw 1237/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 139
24. Postanowienie SN z dnia 4 kwietnia 2018 r., V KK 69/18, LEX Nr 2488724
25. Postanowienie SN z dnia 5 grudnia 2007 r., V KK 120/07, LEX Nr 346825
26. Postanowienie SN z dnia 5 lipca 2018 r., V KK 206/18, LEX Nr 2521706
27. Postanowienie SN z dnia 5 listopada 2010, III KK 153/10, LEX Nr 686767
28. Postanowienie SN z dnia 6 czerwca 1962 r., Rw 579/62, OSNKW 1963, Nr 3, poz. 63
29. Postanowienie SN z dnia 6 lutego 2013 r., V KK 264/12, LEX Nr 1293867
30. Postanowienie SN z dnia 7 grudnia 1962 r., RwNw 10/62, OSNKW 1963, Nr 7-8, poz. 122
31. Postanowienie SN z dnia 9 maja 2013 r., V KK 342/12, LEX Nr 1388235
32. Uchwała SN z dnia 21 października 2003 r., I KZP 11/03, LEX Nr 81317
33. Uchwała SN z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179
34. Uchwała SN z dnia 23 marca 1961 r., VI KO 13/61, OSNCK 1961, Nr 3, poz. 3
35. Uchwała SN z dnia 28 lutego 1975 r., V KZP 2/74, LEX Nr 18934
36. Wyrok SA Katowicach z dnia 22 sierpnia 2012 r., II AKa 245/12, LEX Nr 1258292
37. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 14 lutego 2013 r., II AKa 6/13, LEX Nr 1292647
38. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 lutego 2018 r., I ACa 795/17, LEX Nr 2457404
39. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 września 2005 r., II AKa 126/05, OSAB 2005, Nr 3, poz. 27
40. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 20 stycznia 2010 r., I ACa 571/09, OSAB 2011, Nr 2-3, poz. 8-14
41. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 24 lipca 2012 r., II AKa 141/12, LEX Nr 1236001
42. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 24 maja 2016 r., II AKa 64/16, LEX Nr 2136991
43. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 4 listopada 2016 r., II AKa 89/16, Legalis Nr 1564493
44. Wyrok SA w Białymstoku z dnia 4 lutego 2013 r., II AKa 246/12, LEX Nr 1313215
45. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 10 grudnia 2013 r., II AKa 405/13, LEX Nr 1419006
46. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 14 marca 2013 r., II AKa 27/13, LEX Nr 1298874
47. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 14 stycznia 2016 r., II AKa 423/15, LEX Nr 2017750
48. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 20 czerwca 2013 r., II AKa 170/13, LEX Nr 1388780
49. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 21 sierpnia 2013 r., II AKa 246/13, LEX Nr 1415869
50. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 24 maja 2012 r., II AKa 63/12, LEX Nr 1236140
51. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 25 maja 2016 r., II AKa 53/16, LEX Nr 2292468
52. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 25 października 2011 r., II AKa 176/11, POSAG 2012, Nr 2, poz. 156-160
53. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 27 sierpnia 2014 r., II AKa 211/14, LEX Nr 1785764
54. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 28 grudnia 2017 r., II AKa 398/17, LEX Nr 2511454
55. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 222/17, Legalis Nr 1714252
56. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 4 lipca 2013 r., II AKa 151/13, POSAG 2013, Nr 4, poz. 190-192

57. Wyrok SA w Gdańsku z dnia 9 czerwca 2020 r., V ACa 89/20, LEX Nr 3052839
58. Wyrok SA w Katowicach z dnia 16 lutego 2006 r., II AKa 15/06, LEX Nr 191761
59. Wyrok SA w Katowicach z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 147/08, LEX Nr 526730
60. Wyrok SA w Katowicach z dnia 19 lutego 2015 r., I ACa 912/14, LEX Nr 1665782
61. Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 września 2007 r., II AKa 280/07, LEX Nr 370393
62. Wyrok SA w Katowicach z dnia 20 września 2007 r., II AKa 290/07, LEX Nr 377765
63. Wyrok SA w Katowicach z dnia 21 grudnia 2017 r., II AKa 490/17, LEX Nr 2480857
64. Wyrok SA w Katowicach z dnia 23 września 2004 r., II AKa 276/04, LEX Nr 154968
65. Wyrok SA w Katowicach z dnia 26 listopada 2003 r., II AKa 370/03, LEX Nr 183334
66. Wyrok SA w Katowicach z dnia 28 czerwca 2001 r., II AKa 180/01, LEX Nr 53203
67. Wyrok SA w Katowicach z dnia 28 lipca 2005 r., II AKa 121/05, LEX Nr 174994
68. Wyrok SA w Katowicach z dnia 3 października 2017 r., I ACa 367/17, LEX Nr 2402367
69. Wyrok SA w Katowicach z dnia 30 grudnia 2004 r., II AKa 435/04, LEX Nr 151782
70. Wyrok SA w Katowicach z dnia 30 września 2013 r., II AKa 201/13, LEX Nr 1422279
71. Wyrok SA w Katowicach z dnia 6 września 2007 r., II AKa 131/07, LEX Nr 377861
72. Wyrok SA w Krakowie z dnia 10 października 2013 r., II AKa 111/13, LEX Nr 1444532
73. Wyrok SA w Krakowie z dnia 14 czerwca 2018 r., II AKa 60/18, KZS 2018, Nr 7-8, poz. 51
74. Wyrok SA w Krakowie z dnia 15 kwietnia 2008 r., II AKa 210/07, LEX Nr 452567
75. Wyrok SA w Krakowie z dnia 15 stycznia 2003 r., II AKa 353/02, LEX Nr 78603
76. Wyrok SA w Krakowie z dnia 16 kwietnia 2009 r., II AKa 47/09, LEX Nr 527437
77. Wyrok SA w Krakowie z dnia 18 grudnia 2012 r., II AKa 190/12, LEX Nr 1307445
78. Wyrok SA w Krakowie z dnia 20 lutego 1992 r., II AKr 1/92, LEX Nr 27727
79. Wyrok SA w Krakowie z dnia 27 czerwca 2017 r., II AKa 46/17, KZS 2017, Nr 9, poz. 45
80. Wyrok SA w Krakowie z dnia 28 kwietnia 2015 r., II AKa 41/15, LEX Nr 1711425
81. Wyrok SA w Krakowie z dnia 28 stycznia 1998 r., II AKa 254/97, LEX Nr 33810
82. Wyrok SA w Krakowie z dnia 30 sierpnia 2012 r., II AKa 140/12, LEX Nr 1236870
83. Wyrok SA w Krakowie z dnia 4 września 2013 r., I ACa 712/13, LEX Nr 1540878
84. Wyrok SA w Krakowie z dnia 7 listopada 2013 r., II AKa 210/13, LEX Nr 1400321
85. Wyrok SA w Krakowie z dnia 8 października 1992 r., II AKr 92/92, LEX Nr 27743
86. Wyrok SA w Krakowie z dnia 9 czerwca 2004 r., II AKa 111/04, LEX Nr 138073
87. Wyrok SA w Krakowie z dnia 9 września 2015 r., II AKa 127/15, LEX Nr 1997872
88. Wyrok SA w Lublinie z dnia 10 maja 2018 r., II AKa 99/18, LEX Nr 2506493
89. Wyrok SA w Lublinie z dnia 10 stycznia 2002 r., I ACa 576/01, OSP 2003, Nr 2, poz. 23
90. Wyrok SA w Lublinie z dnia 12 stycznia 2006 r., II AKa 290/05, LEX Nr 168034
91. Wyrok SA w Lublinie z dnia 15 czerwca 2000 r., II AKa 70/00, LEX Nr 46983
92. Wyrok SA w Lublinie z dnia 16 marca 2016 r., II AKa 23/16, LEX Nr 2044261

93. Wyrok SA w Lublinie z dnia 16 marca 2016 r., II AKa 23/16, LEX Nr 2044261
94. Wyrok SA w Lublinie z dnia 19 czerwca 2008 r., II AKa 91/08, LEX Nr 453973
95. Wyrok SA w Lublinie z dnia 26 lipca 2012 r., II AKa 158/12, LEX Nr 1213856
96. Wyrok SA w Lublinie z dnia 29 września 2015 r., II AKa 199/15, Legalis Nr 1378457
97. Wyrok SA w Lublinie z dnia 4 czerwca 2014 r., I ACa 132/14, LEX Nr 1488660
98. Wyrok SA w Lublinie z dnia 4 czerwca 2014 r., II AKa 80/14, LEX Nr 1488655
99. Wyrok SA w Łodzi z dnia 11 października 2000 r., II AKa 120/00, LEX Nr 46985
100. Wyrok SA w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 r., I ACa 57/16, LEX Nr 2106863
101. Wyrok SA w Łodzi z dnia 14 marca 2005 r., II AKa 267/04, LEX Nr 178025
102. Wyrok SA w Łodzi z dnia 14 marca 2005 r., II AKa 267/04, LEX Nr 178025
103. Wyrok SA w Łodzi z dnia 14 października 1998 r., II AKa 129/98, LEX Nr 39920
104. Wyrok SA w Łodzi z dnia 23 listopada 2000 r., II AKa 169/00, LEX Nr 47742
105. Wyrok SA w Łodzi z dnia 25 listopada 2016 r., I ACa 636/16, LEX Nr 2200323
106. Wyrok SA w Łodzi z dnia 3 października 2006 r., II AKa 139/06, LEX Nr 245353
107. Wyrok SA w Łodzi z dnia 4 marca 1998 r., II AKa 15/98, LEX Nr 35575
108. Wyrok SA w Łodzi z dnia 7 października 2014 r., II AKa 203/14, LEX Nr 1649260
109. Wyrok SA w Olsztynie z dnia 26 września 2013 r., II K 156/13, LEX Nr 1715733
110. Wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r., II AKa 59/17, LEX Nr 2396217
111. Wyrok SA w Rzeszowie z dnia 12 października 2006 r., I ACa 377/06, LEX Nr 526714
112. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r., I ACa 6/17, LEX Nr 2317668
113. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 23 grudnia 2016 r., I ACa 251/16, LEX nr 2256968
114. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 25 listopada 2019 r., I ACa 197/18, LEX Nr 2877562
115. Wyrok SA w Szczecinie z dnia 3 czerwca 2015 r., I ACa 246/14, LEX Nr 1843087
116. Wyrok SA w Warszawie z dnia 12 sierpnia 2015 r., II AKa 167/15, LEX Nr 1794402
117. Wyrok SA w Warszawie z dnia 15 lutego 2013 r., II AKa 367/12, LEX Nr 1294862
118. Wyrok SA w Warszawie z dnia 16 stycznia 2019 r., I ACa 1306/17, LEX Nr 2636500
119. Wyrok SA w Warszawie z dnia 18 lipca 2018 r., II AKa 183/18, LEX Nr 2555952
120. Wyrok SA w Warszawie z dnia 18 października 2018 r., II AKa 169/18, LEX Nr 2622690
121. Wyrok SA w Warszawie z dnia 21 marca 2018 r., II AKa 13/18, LEX Nr 2502575
122. Wyrok SA w Warszawie z dnia 22 grudnia 2017 r., II AKa 395/17, LEX Nr 2444488
123. Wyrok SA w Warszawie z dnia 22 lipca 2003 r., II AKa 305/03, LEX Nr 84139
124. Wyrok SA w Warszawie z dnia 22 maja 2019 r., II AKa 111/19, LEX Nr 2689775
125. Wyrok SA w Warszawie z dnia 28 września 2016 r., II AKa 214/16, LEX Nr 2171232
126. Wyrok SA w Warszawie z dnia 29 sierpnia 2006 r., I ACa 310/06, OSA 2009, Nr 3, poz. 34-53
127. Wyrok SA w Warszawie z dnia 3 marca 2017 r., I ACa 2449/15, LEX Nr 2361733
128. Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 lutego 2015 r., II AKa 418/14, LEX Nr 1649110

129. Wyrok SA w Warszawie z dnia 6 listopada 2012 r., II AKa 289/12, LEX Nr 1238297
130. Wyrok SA w Warszawie z dnia 7 lutego 2014 r., II AKa 427/13, LEX Nr 1430873
131. Wyrok SA w Warszawie z dnia 8 maja 2013 r., II AKa 126/13, LEX Nr 1322731
132. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 1 października 2014 r., II AKa 251/14, LEX Nr 1540998
133. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 12 grudnia 2013 r., II AKa 308/13, LEX Nr 1416457
134. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 13 lipca 2006 r., II AKa 163/06, LEX Nr 190473
135. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 17 listopada 2015 r., II AKa 282/15, LEX Nr 1963882
136. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 lutego 2012 r., II AKa 414/11, LEX Nr 1112422
137. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 21 października 2014 r., II AKa 278/14, LEX Nr 1567126
138. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 22 września 2014 r., II AKa 203/14, II AKa 203/14
139. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 24 maja 2012 r., II AKa 129/12, LEX Nr 1238621
140. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 czerwca 2013 r., II AKa 177/13, LEX Nr 1356729
141. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 czerwca 2018 r., II AKa 130/18, LEX Nr 2532131
142. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 sierpnia 2015 r., II AKa 197/15, LEX Nr 1857375
143. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 28 stycznia 2019 r., II AKa 262/18, LEX Nr 2724244
144. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 29 marca 2012 r., II AKa 73/12, LEX Nr 1133368
145. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 3 lipca 2013 r., II AKa 128/13, LEX Nr 1392132
146. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 31 sierpnia 2017 r., II AKa 214/17, LEX Nr 2381448
147. Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 9 marca 2017 r., II AKa 28/17, LEX Nr 2278270
148. Wyrok SN z dnia 1 grudnia 2000 r., IV KKN 509/98, OSNKW 2001, Nr 5-6, poz. 45
149. Wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957, Nr 1, poz. 7
150. Wyrok SN z dnia 1 marca 2005 r, III KK 208/04, OSNKW 2005, Nr 7-8, poz. 53
151. Wyrok SN z dnia 10 grudnia 2002 r., V KK 33/02, LEX Nr 75498
152. Wyrok SN z dnia 10 września 1979 r., III KR 154/79, LEX Nr 17196
153. Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2013 r., V KK 133/13, LEX Nr 1415515
154. Wyrok SN z dnia 11 listopada 1976 r., II CR 420/76, LEX Nr 7871
155. Wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IV CR 118/83, OSNC 1983, Nr 12, poz. 201
156. Wyrok SN z dnia 11 marca 2003 r., III KKN 202/01, LEX Nr 77005
157. Wyrok SN z dnia 11 października 2016 r., III KK 123/16, LEX Nr 2177091
158. Wyrok SN z dnia 12 grudnia 2002 r., III KKN 371/00, LEX Nr 74395
159. Wyrok SN z dnia 12 lutego 2013 r., II KK 124/12, LEX Nr 12777697
160. Wyrok SN z dnia 12 maja 2011 r. II UK 20/11, OSNP 2012, Nr 11-12, poz. 145
161. Wyrok SN z dnia 13 kwietnia 2006 r., IV KK 40/06, LEX Nr 183008
162. Wyrok SN z dnia 13 kwietnia 2006 r., IV KK 40/06, LEX Nr 183008
163. Wyrok SN z dnia 13 maja 2008 r., IV KK 489/07, OSNwSK 2008 Nr 1, poz. 1061
164. Wyrok SN z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSNC 1974, Nr 10, poz. 176

165. Wyrok SN z dnia 15 lutego 2005 r., III KK 165/04, OSNwSK 2005, Nr 1, poz. 354
166. Wyrok SN z dnia 15 maja 2001 r., V KKN 730/98, LEX Nr 52008
167. Wyrok SN z dnia 15 stycznia 2007 r., I UK 208/06, Lex Nr 470025
168. Wyrok SN z dnia 16 maja 1953 r., I K 77/53, OSNCK 1953, Nr 4, poz. 55
169. Wyrok SN z dnia 16 stycznia 1974 r, III KR 311/73, LEX Nr 21606
170. Wyrok SN z dnia 17 czerwca 1999 r., IV KKN 740/98, LEX Nr 39196
171. Wyrok SN z dnia 17 lutego 1967 r., I CR 435/66, OSNC 1967, Nr 10, poz. 177
172. Wyrok SN z dnia 18 lutego 2016 r., II PK 352/14, LEX Nr 2004192
173. Wyrok SN z dnia 19 grudnia 1994 r., III KRN 185/94, LEX Nr 24415
174. Wyrok SN z dnia 19 maja 2015 r., V KK 85/15, LEX Nr 1746427
175. Wyrok SN z dnia 19 października 2005 r., IV KK 244/05, LEX Nr 183099
176. Wyrok SN z dnia 19 sierpnia 1963 r., I K 295/53, PiP 1964, Nr 2
177. Wyrok SN z dnia 2 lutego 2017 r., III KK 222/16, OSNKW 2017, Nr 5, poz. 31
178. Wyrok SN z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, LEX Nr 1460723
179. Wyrok SN z dnia 20 stycznia 2004 r., WA 65/03, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 146
180. Wyrok SN z dnia 21 grudnia 2011 r., III KK 208/11, LEX Nr 1119511
181. Wyrok SN z dnia 21 kwietnia 2017 r., SDI 2/17, LEX Nr 2309621
182. Wyrok SN z dnia 21 września 2006 r., V KK 10/06, LEX nr 19696.
183. Wyrok SN z dnia 22 grudnia 1987, IV KR 412/87, OSNPG 1988, Nr 12, poz. 123
184. Wyrok SN z dnia 22 lutego 1972 r., II KR 107/71, LEX Nr 21458
185. Wyrok SN z dnia 23 listopada 2001 r., III KKN 103/99, LEX Nr 558325
186. Wyrok SN z dnia 23 listopada 2004 r., WA 22/04, OSNKW 2004, Nr 1, poz. 2166
187. Wyrok SN z dnia 24 czerwca 1963 r., II CR 851/62, OSNC 1964, Nr 11, poz. 224
188. Wyrok SN z dnia 24 lutego 2005 r., V KK 375/04, OSNKW 2005, Nr 3, poz. 31
189. Wyrok SN z dnia 24 maja 2005 r., V CK 654/04, LEX Nr 180831
190. Wyrok SN z dnia 24 maja 2005 r., V KK 375/04, LEX Nr 145155
191. Wyrok SN z dnia 24 stycznia 1997 r., II KKN 133/96, LEX Nr 29516
192. Wyrok SN z dnia 25 czerwca 2008 r., IV KK 39/08, OSNKW 2008, Nr 9, poz. 73
193. Wyrok SN z dnia 25 maja 1995 r., II KRN 52/95, OSNKW 1995, Nr 11-12, poz. 82
194. Wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011, Nr 10, poz. 116
195. Wyrok SN z dnia 27 marca 2000 r., I PKN 150/99, OSNP 2001, Nr 16, poz. 505
196. Wyrok SN z dnia 27 października 1983 r., II KR 219/83, OSNKW 1984, Nr 5-6, poz. 54
197. Wyrok SN z dnia 28 grudnia 1970 r., Rw 1437/70, Legalis Nr 15068
198. Wyrok SN z dnia 29 czerwca 2006 r., V KK 391/05, OSNwSK 2006, poz. 1289
199. Wyrok SN z dnia 29 kwietnia 1959 r., I K 94/59, LEX Nr 169086
200. Wyrok SN z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, OSNKW 1994, Nr 11-12, poz. 70

201. Wyrok SN z dnia 29 września 1993 r., III KRN 127/93, LEX Nr 22087
202. Wyrok SN z dnia 3 grudnia 1958 r., IV K 28/58, PiP 1960, Nr 1
203. Wyrok SN z dnia 3 maja 1961 r., I K 92/61, OSNCK 1961, Nr 4, poz. 56
204. Wyrok SN z dnia 3 sierpnia 2006 r., WA 23/06, OSNwSK 2006, Nr 1, poz. 1539
205. Wyrok SN z dnia 30 maja 1973 r., III KR 6/73, LEX Nr 21565
206. Wyrok SN z dnia 30 maja 1975 r., Rw 204/75, OSNKW 1975, Nr 8, poz. 115
207. Wyrok SN z dnia 30 marca 2004 r., WA 5/04, OSNwSK 2004, Nr 1, poz. 656
208. Wyrok SN z dnia 30 września 1960 r., II K 675/60, OSNPG 1961, Nr 1, poz. 1
209. Wyrok SN z dnia 4 lipca 2013 r., III KK 33/13, LEX Nr 1391441
210. Wyrok SN z dnia 4 marca 2020 r., IV KK 221/19, LEX Nr 3088528
211. Wyrok SN z dnia 4 września 2007 r., II KK 322/06, OSNwSK 2007, Nr 1, poz. 1964
212. Wyrok SN z dnia 5 lutego 2013 r., II KK 139/12, LEX Nr 1288659
213. Wyrok SN z dnia 5 maja 2015 r., IV KK 428/14, LEX Nr 1729287
214. Wyrok SN z dnia 5 października 1984 r., IV KR 207/84, OSNPG 1985, Nr 3, poz. 32
215. Wyrok SN z dnia 7 kwietnia 2010 r., II UK 357/09, OSNP 2011, Nr 19-20, poz. 258
216. Wyrok SN z dnia 7 marca 2006 r., I PK 146/05, OSNP 2007, Nr 5-6, poz. 67
217. Wyrok SN z dnia 7 września 1999 r., I PKN 277/99, OSNP 2001, Nr 1, poz. 18
218. Wyrok SN z dnia 8 czerwca 2017 r., I UK 240/16, LEX Nr 2375939
219. Wyrok SN z dnia 8 grudnia 2011 r., II KK 162/11, OSNKW 2012, Nr 3, poz. 28
220. Wyrok SN z dnia 8 listopada 1974 r., Rw 524/74, OSNKW 1975, nr 1, poz. 17
221. Wyrok SN z dnia 8 marca 2000 r., III KKN 231/98, LEX Nr 40428
222. Wyrok SN z dnia 8 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974, Nr 2, poz. 26
223. Wyrok SN z dnia 9 grudnia 1959 r., I K 598/59, LEX Nr 169624
224. Wyrok SN z dnia 9 września 1999 r., III KKN 704/98, LEX Nr 39096
225. Wyrok SN z dnia 9 września 2004 r., I PK 659/03, OSNP 2005, Nr 10, poz. 139
226. Wyrok SO we Wrocławiu z dnia 13 lutego 2015 r., I C 478/12, LEX Nr 2544961

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.)
2. Obwieszczenie MZ z dnia 6 marca 2019 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi (Dz.U.MZ z 2019 r. poz. 25)
3. Obwieszczenie MZ z dnia 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego (Dz.U.MZ z 2019 r. poz. 71)
4. Rozporządzenie MEN z dnia 15 lutego 2019 r. w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 316, z późn. zm.)

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 940)
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1756)
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 595)
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2018 r. poz. 2060)
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2014 r. poz. 474)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1761)
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1566)
12. Rozporządzenie MNiSW z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755)
13. Rozporządzenie MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz. 227)
14. Rozporządzenie MZ dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661)
15. Rozporządzenie MZ z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834)
16. Rozporządzenie MZ z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. z 2015 r. poz. 1958)
17. Rozporządzenie MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1395, z późn. zm.)
18. Rozporządzenie MZ z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2020 r. poz. 857)
19. Rozporządzenie MZ z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2464)
20. Rozporządzenie MZ z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz.U. 2019 poz. 2478)
21. Rozporządzenie MZ z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz.U. z 2021 r. poz. 504)
22. Rozporządzenie MZ z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. z 2017 r. poz. 2435)
23. Rozporządzenie MZ z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych

ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2018 r. poz. 299)

24. Rozporządzenie MZ z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.)
25. Rozporządzenie MZ z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2011, Nr 151, poz. 896)
26. Rozporządzenie MZ z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 499)
27. Rozporządzenie MZ z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290)
28. Rozporządzenie MZ z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (Dz.U. z 2021 r. 240)
29. Rozporządzenie MZ z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540)
30. Rozporządzenie MZ z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz.U. z 2020 r. poz. 539, z późn. zm.)
31. Rozporządzenie MZ z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz.U. 2018 poz. 1319)
32. Rozporządzenie MZ z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1213, z późn. zm.)
33. Rozporządzenie MZ z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2012 r. poz. 1545)
34. Rozporządzenie MZ z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. z 2017 r. poz. 497)
35. Rozporządzenie MZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2021 r. poz. 704)
36. Rozporządzenie MZ z dnia 3 marca 2017 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania medycznych zawodów regulowanych (Dz.U. z 2017 r. poz. 511, z późn. zm.)
37. Rozporządzenie MZ z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. 2002 r. Nr 171, poz. 1395)
38. Rozporządzenie MZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666)
39. Rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.)
40. Rozporządzenie MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265)
41. Rozporządzenie MZ z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1749, z późn. zm.)

42. Rozporządzenie MZ z dnia 8 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 1751)
43. Rozporządzenie MZ z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek (Dz.U. z 2015 r. poz. 967)
44. Rozporządzenie Prez. RM z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie wykazu zawodów regulowanych i działalności regulowanych, przy wykonywaniu których usługodawca posiada bezpośredni wpływ na zdrowie lub bezpieczeństwo publiczne, w przypadku których można wszcząć postępowanie w sprawie uznania kwalifikacji (Dz.U. z 2017 r. poz. 468)
45. Ustawa dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2020 r. poz. 2134)
46. Ustawa dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285)
47. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r. poz. 628)
48. Ustawa z dnia 1 lutego 1983 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. Nr 6 poz. 35, akt archiwalny)
49. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 97)
50. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 866)
51. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479)
52. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1969 r. Nr 13, poz. 94, akt archiwalny)
53. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 1419)
54. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342)
55. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2021 r. poz. 450)
56. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2021 r. poz. 478)
57. Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. z 2020 r. poz. 220)
58. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1777)
59. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1740)
60. Ustawa z dnia 25 czerwca 1997 r. o świadku koronnym (Dz.U. z 2016 r. 1197)
61. Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2020 r. poz. 442)
62. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 553)
63. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320)
64. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2021 poz. 1128)
65. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711)
66. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050)
67. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 666)
68. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790)
69. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845)
70. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444)

71. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 534)
72. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135)
73. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 886)
74. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849)
75. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 974)
76. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.)
77. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882)

Zasoby elektroniczne

1. Horban A., Wymagania dotyczące pobrania i transportu materiału do badań metodą RT-PCR w kierunku zakażeń układu oddechowego powodowanych przez koronawirusy, Warszawa 2020, opubl. na oficjaln. str. internet. GIS: https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-krajowego-konsultanta-w-dziedzinie-chorych-zakaznych/ [dostęp 23.02.2020]
2. Interpelacja M. Zembali z dnia 12 grudnia 2018 r. do MZ w sprawie ustanowienia nowego zawodu medycznego – zawodu perfuzjonisty (Nr 28258), wraz z udzieloną na nią odpowiedzią, opubl. na oficjaln. str. internet. Sejmu RP: http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/interpelacja.xsp?typ=INT&nr=28258 [dostęp 6.08.2020]
3. KEA, opubl. na oficjaln. str. internet. NIA: https://www.nia.org.pl/kodeks-etyki/ [dostęp 23.02.2020]
4. KEDL, opubl. na oficjaln. str. internet.: http://kidl.org.pl/file/file/download?id=1785 [dostęp 23.02.2020]
5. KEF, opubl. na oficjaln. str. internet. PTF: http://fizjoterapia.org.pl/wp-content/uploads/2019/03/kodeks.pdf [dostęp 23.02.2020]
6. KEL, opubl. na oficjaln. str. internet. NIL: https://nil.org.pl/uploaded_images/1576053297_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp 23.02.2020]
7. KEPiP, opubl. na oficjaln. str. internet. NIPiP: https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/ [dostęp 23.02.2020]
8. Ładny R. J., Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/ masowego, Warszawa 2015, opubl. w oficjalnym serwisie internetowym RP: https://www.gov.pl/attachment/9afcad9e-69fb-477d-9f1a-6dc71343071e [dostęp 23.02.2020]
9. Piskorz-Ogórek K., Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie podawania antybiotyków u dzieci na zlecenie lekarskie w domu chorego, Olsztyn 2018, opubl. na oficjalnej stronnie internetowej NIPiP: https://nipip.pl/wp-content/uploads/2018/04/Opinia_konsultanta.pdf [dostęp 23.02.2020]
10. Programy specjalizacji lekarskich, opubl. na oficjaln. str. internet. CMKP, https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich/ [dostęp 23.02.2020]
11. Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 22 lipca 2021 r., opubl. na oficjaln. str. internet. RCL: https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305/katalog/12804503#12804503 [dostęp 9.08.2021]

12. Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw z dnia 5 listopada 2013 r., opubl. na oficjaln. str. internet. MS (archiwalnej): https://arch-bip.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/komisje-kodyfikacyjne/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karnego/komisja-kodyfikacyjna-prawa-karnego-2009-2013/ [dostęp 2.08.2021]
13. uchw. Nr 227/I KRF z dnia 29 maja 2018 r., opubl. na oficjaln. str. internet. KIF: https://kif.info.pl/file/2018/06/Uchwala_227.pdf [dostęp 23.02.2020]
14. Zalecenia KRF dotyczące koordynatora zespołu fizjoterapeutów – uchw. Nr 262/I KRF z dnia 17 lipca 2018 r., opubl. na oficjaln. str. internet. KIF: https://kif.info.pl/file/2018/07/Uchw-262-I-KRF-koordynator.pdf [dostęp 29.07.2020]
15. Założenia projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 20 stycznia 2017 r., opubl. na oficjaln. str. internet. RCL: https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/form/r8008692725107,Zalozenia-projektu-ustawy-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-i-bezpieczenstwie-pacjent.html [dostęp 24.06.2021]
16. Zarządz. Nr 120/2018/DSOZ prez. NFZ z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opubl. na oficjaln. str. internet. NFZ: https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1202018dsoz,6844.html [dostęp 23.02.2020]
17. Zarządz. Nr 22/2018/DSOZ prez. NFZ z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opubl. na oficjaln. str. internet. NFZ: https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-222018dsoz,6739.html [dostęp 23.02.2020]
18. Zarządz. Nr 66/2018/DSOZ prez. NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, opubl. na oficjaln. str. internet. NFZ: https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-662018dsoz,6790.html [dostęp 23.02.2020]
19. ZEZF, opubl. na oficjaln. str. internet. KIF: https://kif.info.pl/zasady-etyki-zawodowej/ [dostęp 23.02.2020]