

Marek Przybył

Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, Kalisz

Krystian Górniak

Adwokat, Kalisz

Anna Królak, Patrycja Kurowska

Główna Biblioteka Lekarska, Warszawa

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PIEŁĘGNIARKI ZA PRZESTĘPSTWO Z ART. 160 § 2 KODEKSU KARNEGO JAKO GWARANTA NIENASTĄPIENIA OKREŚLONEGO SKUTKU

RESPONSIBILITY OF A NURSE FOR A CRIME UNDER ARTICLE 160 § 2 OF THE CRIMINAL CODE

Odpowiedzialność karna pracowników medycznych nie ogranicza się jedynie do kryminalizacji czynów prowadzących do wyrządzenia uszczerbku na zdrowiu lub też spowodowania śmierci pacjenta. Przepisy prawa karnego penalizują także narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Słusznie zauważa się, że z praktyki wymiaru sprawiedliwości wynika, iż w większości spraw dotyczących tzw. błędów medycznych następuje przypisanie odpowiedzialności karnej raczej właśnie za typy czynów zabronionych z narażenia dobra prawnego (życia lub zdrowia ludzkiego) na niebezpieczeństwo, a nie za typy naruszenia dobra prawnego¹. W kontekście odpowiedzialności karnej pracowników medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych, należy wskazać, że skutkiem błędu medycznego może być nie tylko śmierć lub uszczerbek na zdrowiu pacjenta, ale także stan chronologicznie wcześniejszy, bezpośredniego zagrożenia dla życia albo zdrowia. Dla karalności spowodowania tego stanu przez osobę wykonującą za-

1 A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, System Prawa Medycznego, t. 6, Warszawa 2022, s. 428.

wód medyczny konieczne jest jednak ustalenie, że niebezpieczeństwo dotyczyło utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu². Zgodnie z treścią art. 160 § 1 kk, kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Przepis art. 160 § 2 kk stanowi, że jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Przedmiot ochrony przewidzianej w art. 160 kk stanowi życie i zdrowie człowieka w fazie poprzedzającej naruszenie obu tych dóbr. W doktrynie prawa karnego zgodnie podnosi się, że są one bowiem tak cenne, że trzeba je chronić nie tylko przed zachowaniami prowadzącymi do ich umyślnego lub nieumyślnego naruszenia, ale także przed takimi zachowaniami, które narażają je jedynie – umyślnie lub nieumyślnie – na bezpośrednie niebezpieczeństwo³. W postanowieniu z dnia 30 października 2008 r. Sąd Najwyższy wskazał, że pełna prawnokarna ochrona zdrowia i życia na podstawie art. 160 kk przysługuje dziecku nienarodzonemu od rozpoczęcia porodu (naturalnego), w wypadku operacyjnego zabiegu cięcia cesarskiego kończącego ciążę na żądanie kobiety ciężarnej – od podjęcia pierwszej czynności medycznej bezpośrednio zmierzającej do przeprowadzenia takiego zabiegu, w wypadku konieczności medycznej przeprowadzenia zabiegu cięcia cesarskiego lub innego alternatywnego zakończenia ciąży – od zaistnienia medycznych przesłanek takiej konieczności⁴.

Do narażenia dóbr prawnie chronionych przepisami art. 160 kk może dojść przez działanie (zachowanie aktywne), a także przez zaniechanie. M. Bielski słusznie zauważa, że spowodowanie skutku, o którym mowa w art. 160 kk wymaga stwierdzenia, że aktywność sprawcy albo spowodowała stan zagrożenia, który wcześniej nie występował, albo zwiększyła już istniejący stan zagrożenia. W przypadku zaniechania natomiast należy ustalić, że brak aktywności wymaganej od gwaranta nienastąpienia skutku doprowadził do pozostawienia zagrożenia w stanie dotychczasowym (niezmniejszenie tego stanu) w sytuacji, w której gwarant był zobowiązany do jego zmniejszenia⁵. W orzecznictwie Sądu Najwyższego podnosi się trzy różne sposoby realizacji znamienia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu: przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie oraz przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia (w przypadku gwaranta nienastąpienia skutku przy przestępstwach z zaniechania)⁶.

Wskazuje się, że przez niebezpieczeństwo z art. 160 kk należy rozumieć obiektywną sytuację wynikającą z pewnego układu rzeczy i zjawisk, która rodzi wysokie prawdopodobieństwo nastąpienia uszczerbku w dobrach prawnych. Prawdopodobieństwo ziszczenia się następstw opisanych w dyspozycji tego przepisu musi być realne, a nie tylko potencjalne. Układ, o którym mowa, charakteryzuje określona dynamika, przechodzenie z jednego stanu

2 A. Liszewska, *Meritum Prawo Medyczne*, Warszawa 2016, s. 410.

3 J. Giezek, *Kodeks karny. Część Szczególna. Komentarz*, WKP 2021, LEX, V. Wrzosek-Konarska, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX.

4 I KZP 13/08, OSNKW 2008/11/90, glosa częściowo krytyczna J. Potulski, *Prok.i Pr.* 2009/5/161-167, glosa krytyczna A. T. Olszewski, *PiP* 2009/4/136-140.

5 M. Bielski, *Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo*, *PS* 2005/4/123 i n.

6 Wyr. SN z 14.07.2011 r., III kk77/11, OSNKW 2011/10/94, wyr. SN z 5.04.2013 r., IV kk43/13, LEX 1318212.

w inny. Stan niebezpieczeństwa, będąc sam w sobie zmianą w świecie zewnętrznym, prowadzić może również do dalszych zmian⁷. A. Liszewska definiuje niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia człowieka jako obiektywną zmianę w świecie rzeczywistości, polegającą na powstaniu takiego stanu, którego rozwój z wysokim prawdopodobieństwem prowadzi do naruszenia wskazanych dóbr prawnych, czyli skutku dalej idącego (śmierci, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Stan ten, jako znamię czynu zabronionego oznaczający skutek działania lub zaniechania sprawcy, podlega udowodnieniu w procesie karnym⁸. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 grudnia 1999 r. wskazał, że istotą niebezpieczeństwa jest jednak nie tylko to, że jest samo zmianą w świecie zewnętrznym, ale także to, że prowadzi do dalszych zmian⁹. T. Jurek z kolei podnosi, że niebezpieczeństwo powinno być rozumiane jako stan zagrożenia dóbr chronionych niebezpieczną sytuacją, przedmiotem, czy też sprawcą, którego działanie lub zaniechanie może być źródłem zagrożenia, czy też cechą zjawiska¹⁰. W świetle powyższego przez niebezpieczeństwo w rozumieniu art. 160 kk należy rozumieć sytuację, która prowadzi z dużym prawdopodobieństwem, lecz nie pewnością, do naruszenia dóbr prawnie chronionych.

Niebezpieczeństwo określone w art. 160 kk musi mieć charakter bezpośredni, co oznacza, że w danym układzie sytuacyjnym nie jest wymagane wystąpienie żadnych dodatkowych elementów kauzalnych warunkujących ziszczenie się niebezpieczeństwa, zaś jego materializacja może nastąpić z wysokim prawdopodobieństwem, chociaż niekoniecznie w bliskości czasowej¹¹. K. Buchała trafnie określa, że bezpośrednie niebezpieczeństwo to niebezpieczeństwo konkretne, stwarzające realną groźbę utraty życia albo doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez określoną osobę A. Liszewska z kolei wskazuje, że o bezpośredniości mówimy nie tylko wtedy, gdy rozwój niebezpiecznej sytuacji prowadzi w krótkim czasie do nastąpienia skutku w postaci śmierci albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale także wtedy, gdy dla dalszego rozwoju sytuacji przybliżającej jego powstanie nie jest konieczne włączenie się jakiegoś elementu dodatkowego, np. działania lub zaniechania sprawcy dynamizującego ten stan w większym stopniu¹². Trafnie podnosi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 28 kwietnia 2022 r., że zagrożenie bezpośrednie dla dóbr określonych w art. 160 § 1 kk

7 A. Zoll, Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna, t. 2, Kraków 2006, s. 380, tak też M. Cieślak, Pojęcie niebezpieczeństwa w prawie karnym, ZNUJ 1955/1, s. 154–160; T. Hanausek, Uwagi o naturze niebezpieczeństwa jako zjawiska obiektywnego i dynamicznego [w:] Zagadnienia prawa karnego i teorii prawa. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Władysława Woltera, red. M. Cieślak, Warszawa 1959, s. 69–80.

8 A. Liszewska, Meritum Prawo Medyczne, s. 410, Warszawa 2016 r.

9 II KKN 377/97, Prok. i Pr. 2000/4/2.

10 T. Jurek, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, passim Wrocław 2013, za M. Szeremeta, r. Latosiewicz, A. Niemcunowicz-Janica, Czy odpowiedź na pytanie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 KK) leży w zakresie kompetencji biegłego lekarza? (w:) Odpowiedzialność w ochronie zdrowia, red. E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb, Legalis.

11 A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, System Prawa Medycznego, t. 6, s. 428., J. Kulesza, Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie (art. 162 KK), Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych 2008/2/168–169; T. Sroka, Odpowiedzialność karna Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, LEX; M. Królikowski, Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna, t. I, Warszawa 2017, art. 160, Nb 15; A. Zoll, Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna, t. 2, Kraków 2017, s. 415.

12 A. Liszewska, Meritum Prawo Medyczne, s. 410, Warszawa 2016 r.

to takie, w którym nie musi wystąpić żadne inne zdarzenie (element łańcucha przyczynowo-skutkowego), by w przyszłości wystąpił skutek w postaci naruszenia zagrożonego dobra prawnego. Chodzi zatem wyłącznie o takie działania, które stwarzają konkretne, realne i natychmiastowe zagrożenie dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego. Określenie „bezpośrednie” wyklucza natomiast możliwość objęcia nim przypadków, w których niebezpieczeństwo wprawdzie istnieje, ale jego realizacja zależy od ewentualnych dalszych działań sprawcy bądź innych osób¹³. Dla rekonstrukcji tego znamienia typu czynu zabronionego jest konieczna analiza czterech kryteriów. Pierwsze to kryterium czasu, wedle którego bezpośrednio niebezpieczeństwo to takie, które grozi obecnie, a nie dopiero pojawi się w przyszłości. Drugim jest kryterium prawdopodobieństwa, zgodnie z którym bezpośrednio niebezpieczeństwa oznacza wysokie prawdopodobieństwo jego materializacji (ziszczenia). Trzecie to kryterium wystarczającej przyczyny, wedle którego cecha bezpośredniości jest spełniona wówczas, gdy nastąpienie skutku w postaci naruszenia określonych dóbr nie jest kauzalnie uzależnione od żadnych ogniw pośrednich, dodatkowych przyczyn czy konieczności zdynamizowania przebiegu zdarzeń. Ostatnie kryterium to kryterium nieuchronności, zgodnie z którym bezpośrednio to takie niebezpieczeństwo, które grozi dobru prawnemu w najbliższym czasie¹⁴. W kontekście odpowiedzialności za rzeczony przestępstwo pracowników medycznych należy wskazać, że niebezpieczeństwo dla dobra prawnego jest zjawiskiem dynamicznym, zaś ryzyko zaistnienia określonych skutków może być większe lub mniejsze, także stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z art. 160 § 1 kk może osiągać różny stopień zaawansowania¹⁵. W tym kontekście słusznie wskazuje T. Sroka, że: „Skutkiem z art. 160 kk jest nie tyle sam stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu bez względu na stopień wielkości owego niebezpieczeństwa, ale stan bezpośredniego niebezpieczeństwa zaistnienia «dalszych» skutków jedynie w konkretnym jego stopniu”¹⁶. Ten sam autor podnosi, że zasada ultima ratio prawa karnego sprzeciwia się traktowaniu jako skutku z art. 160 kk każdego wyższego stopnia stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdyż wówczas zbiór zachowań objętych penalizacją zostałby zakreślony zbyt szeroko. Nie każde naruszenie czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia z art. 157 § 2 kk jest traktowane jako uszczerbek na zdrowiu, ale jedynie takie, które charakteryzuje się większą niż minimalną intensywnością w oddziaływaniu na organizm człowieka¹⁷. Warto również podnieść, iż przypisanie odpowiedzialności za przestępstwa określone w art. 160 kk wymaga indywidualizacji pokrzywdzonego, tj. wskazania konkretnej osoby, której w wyniku działania (lub zaniechania) sprawcy groziło bezpośrednio niebezpieczeństwo ciężkiego

13 II K 216/21, OSNK 2022/9/33.

14 A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, System Prawa Medycznego, t. 6, s. 431, za Jan Kulesza, Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie (art. 162 KK), Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych 2008/2/640–641.

15 J. Giezek, Narażenie na niebezpieczeństwo oraz jego znaczenie w konstrukcji czynu zabronionego (w:) „Przegląd Prawa i Administracji” 2020, t. 50, s. 114; tenże, glosa do post. SN z 3.6.2004 r., V kk 37/04, Pal. 2005/1–2/268–269.

16 A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, System Prawa Medycznego, t. 6, s. 437.

17 T. Sroka, Glosa do wyr. SN z 21.08.2012 r., IV kk 42/12, PiP 2013/7.

uszczerbku na zdrowiu lub utraty życia. Nie jest natomiast niezbędne ustalenie tożsamości tej osoby¹⁸.

Kwalifikowaną odmianę przestępstwa narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu stanowi czyn zabroniony z art. 160 § 2 kk przewidujący surowszą sankcję w przypadku, gdy na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną. Jest to typ przestępstwa indywidualnego, które może zostać popełnione wyłącznie przez osobę zobowiązaną do opieki nad inną osobą. Surowsza odpowiedzialność osoby zobowiązanej do sprawowania opieki nad osobą narażoną wynika z tego, że osoba mająca być gwarantem bezpieczeństwa danej osoby narusza swoje obowiązki i naraża swojego podopiecznego. Obowiązek opieki to konieczność czuwania nad bezpieczeństwem danej osoby, troszczenia się o jej dobra i interesy. Rzeczony obowiązek musi istnieć wcześniej, tj. zanim doszło do narażenia danej osoby na niebezpieczeństwo¹⁹. Bez wątpienia do grona takich osób należą pacjenci znajdujący się pod opieką pracowników medycznych.

Obowiązek określony w art. 160 § 2 kk może wynikać z trzech źródeł: przepisów prawa (np. pracownik medyczny wobec pacjentów, rodzice wobec małoletnich), orzeczenia sądu (np. przysposobienie), umowa (np. instruktor kursant). Źródłem obowiązku może być także dobrowolne zobowiązanie, w wyniku którego sprawca przyjmuje na siebie obowiązek pieczy nad inną osobą, a tym samym funkcję gwaranta zapobiegnięcia skutkowi w postaci narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przyjęcie na siebie takiego obowiązku może mieć doraźny charakter i nie wymaga formy cywilnego kontraktu. Konieczne jest jednak rzeczywiste objęcie funkcji gwaranta²⁰. Przy czym warto wskazać, że zakres obowiązków ciążyących na gwarancie musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane być winny wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania²¹. Obowiązek opieki nie stanowi znamienia konstytutywnego dla przestępstwa z art. 160 § 2 kk (w tym sensie, że nie tworzy typu przestępstwa z zaniechania), a jedynie znamieniem kwalifikującym z uwagi na to, że osoba dopuszczająca się przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowie danego człowieka jest podmiotem, który miał pełnić funkcję gwaranta bezpieczeństwa²².

Art. 2 ust. 1 pkt 2 Ustawy o działalności leczniczej²³ (dalej UDL) zawiera definicję zawodu medycznego, zgodnie z którą jest to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycy-

18 Wyr. SN z 8.12.2011 r., II kk 177/11, OSNKW 2012/3/29 wraz częściowo krytyczną glosą J. Giezek OSP 2012/10/96.

19 V. Wrzosek-Konarska, Kodeks karny. Komentarz, LEX/el. 2023.

20 Wyr. SA we Wrocławiu z 25.10.2017 r., II AKa 282/17, LEX 2402346.

21 Wyr. SN z 8.06.2010 r., III kk 408/09, LEX 598846.

22 V. Wrzosek-Konarska, Kodeks karny. Komentarz, LEX/el. 2023.

23 Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654, t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 991.

ny. Z kolei zawód pielęgniarstwa i położnej w myśl art. 2 Ustawy o zawodzie pielęgniarstwa i położnej²⁴ (dalej UZPP) są samodzielnym zawodem medycznym. Przepis art. 4 ust. 1 UZPP stanowi, że wykonywanie zawodu pielęgniarstwa polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i wskazuje przykłady tychże świadczeń. D. Karkowska wskazuje, że łączna analiza art. 2 i art. 4 ust. 1 UZPP pozwala na wyodrębnienie zakresu definicji zawodu pielęgniarstwa, na który składają się następujące elementy:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych i inne zadania (czynności), czyli wynikający ze społecznego podziału pracy zbiór zadań (czynności) dla osób wykonujących zawód pielęgniarstwa;
2. stale lub z niewielkimi zmianami wykonywanie tych zadań (czynności);
3. kompetencje nabywane w toku uczenia się lub praktyki – czyli odpowiednie kwalifikacje zawodowe (wiedza i umiejętności) oraz posiadanie dodatkowych cech do wykonywania zawodu pielęgniarstwa;
4. wykonywanie zawodu pielęgniarstwa jako źródło dochodu (dochód uzyskiwany dzięki wykonywaniu zawodu).

Wyżej wskazana autorka wyodrębnia trzy zasadnicze elementy zawodu pielęgniarstwa: zestaw zadań (czynności), kompetencje nabyte w toku uczenia się lub praktyki oraz uzyskiwanie dochodu²⁵.

Definicja świadczenia zdrowotnego została zawarta w art. 2 pkt 10 UDL, który stanowi, że jest to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Warto w tym zakresie wskazać, że świadczenie zdrowotne jest jednym z trzech elementów konstytucyjnego pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej – art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Przyjmuje się, że pojęcie świadczenia zdrowotnego odnosi się do podejmowanych względem pacjenta czynności medycznych (czyli wykonywanych środkami i metodami właściwymi dla medycyny), które mają służyć zachowaniu lub poprawie stanu zdrowia człowieka, albo realizować inne aprobowane przez system prawa interesy odnoszące się do jego sytuacji zdrowotnej²⁶. Odnośnie pielęgniarstwa ustawodawca zawęża zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez ten zawód medyczny (art. 4 ust. 1 i art. 15a oraz 15b UZPP), wskazując przykładowe czynności:

1. rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
2. rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
3. planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
4. samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
5. realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
6. orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
7. edukacja zdrowotna i promocja zdrowia;

²⁴ Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039 t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2702.

²⁵ D. Karkowska, *Prawo Medyczne dla pielęgniarzek*, wyd. 2, Warszawa 2020, s. 30.

²⁶ L. Bosek, B. Janiszewska, *Pojęcie i podstawy prawne szczególnych świadczeń zdrowotnych*, w: *Szczególne świadczenia zdrowotne, System prawa medycznego*, t. 2, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, wyd. 1 Legalis.

8. badanie fizykalne pacjenta;
9. samodzielna ordynacja leków i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
10. zlecanie badań diagnostycznych;
11. wystawienie recept, skierowań i zleceń²⁷.

Przepis art. 6 UZPP zawiera delegację dla ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, do określenia w drodze rozporządzenia:

1. rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną;
 2. wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
 3. rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
 4. rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;
 5. wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną;
- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków. W tym zakresie Minister Zdrowia wydał rozporządzenie 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 lekarskiego²⁸.

D. Karkowska podnosi, że podjęta przez tę autorkę próba dokonania klasyfikacji świadczeń zdrowotnych właściwych tylko dla zawodów pielęgniarki wskazuje, że wykonywanie zawodu pielęgniarki obejmuje: postawienie diagnozy pielęgniarskiej i na jej podstawie wdrożenia postępowania pielęgniarskiego²⁹, wykonywanie świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego, wykonywanie zleceń lekarskich, udział w ordynacji i kontynuacji udzielenia rzeczowych świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia³⁰. Zgodnie z treścią art. 11 ust. UZPP pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a świadczenia udzielane przez nie muszą być wykonywane zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi oraz w zakresie swoich umiejętności oraz obowiązków (art. 2 ust. 1 pkt 2 UDL w zw. z art. 12 ust. UZPP). W tym kontekście warto wskazać, że Sąd Najwyższy w wyroku z 9 lutego 2023 r. podniósł, że do obowiązków

²⁷ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, wyd. 2, Warszawa 2020, s. 31.

²⁸ Dz.U. z 2017 r. poz. 497.

²⁹ Wprowadzenie do diagnostyki pielęgniarskiej. Podręcznik dla studiów medycznych, red. J. Górajek-Jóźwik, Warszawa 2017, s. 32-39 przypis za D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, wyd. 2, s. 32.

³⁰ D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek*, wyd. 2, s. 32.

pielęgniarki należy m.in. udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta oraz samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych. Wykładnia sprowadzająca pielęgniarkę wyłącznie do roli wykonawcy poleceń lekarza oraz czynności typowo opiekuńczo-pielęgnacyjnych jest błędna³¹.

Dla ustalenia odpowiedzialności karnej pielęgniarki z perspektywy czynu z art. 160 § 2 kk konieczne jest spełnienie następujących przesłanek: wystąpienie błędu, przez który należy rozumieć czyn sprzeczny z wiedzą i praktyką medyczną, ujemny skutek w postaci naruszenia lub narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo dobra prawnego w postaci nieumyślnego spowodowania śmierci, bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ustalenie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem gwaranta a negatywnym skutkiem dla zdrowia albo życia pacjenta oraz wina³². Przy czym zakres obowiązków ciążyących na gwarancie (art. 160 § 2 KK) musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane powinny być wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania³³.

Pojęcie błędu medycznego nie jest pojęciem prawnym, ale w doktrynie prawa karnego podejmuje się próby zdefiniowania rzeczzonego pojęcia. Obecnie powszechnie przyjmuje się, że błąd medyczny jest kategorią obiektywną, a nie jak wcześniej przyjmowano subiektywną, czyli związaną z winą danego pracownika medycznego i na płaszczyźnie odpowiedzialności karnej oznacza zachowanie sprzeczne z regułami postępowania wobec takich dóbr, jak życie lub zdrowie pacjenta³⁴. A. Liszewska słusznie wskazuje, że błąd medyczny oznacza takie postępowanie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, które narusza wypracowane na gruncie nauki i praktyki medycznej, obowiązujące w konkretnym stanie faktyczny reguły postępowania zawodowego³⁵. M. Nesterowicz podnosi, że błędem lekarskim będzie postępowanie, które jest niezgodne ze standardami wiedzy medycznej, a skoro ocena ma obiektywny charakter, to powinna ona być formułowana w oderwaniu od konkretnej osoby i okoliczności towarzyszących jej postępowaniu, albowiem mają one jedynie znaczenie dla poczynienia ustaleń o charakterze subiektywnym dotyczących zawinienia³⁶. Trafnie podniósł Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 12 lutego 2004 r. narażenie człowieka na niebezpieczeństwo, o którym jest mowa w art. 160 kk, zachodzi w wypadku naruszenia przez sprawcę opartych na naszej wiedzy i doświadczeniu reguł postępowania w stosunku do drugiego człowieka³⁷. Przypisanie sprawcy skutku, przy typie nieumyślnym z art. 160 kk obiektywne przypisane

31 II kk 392/22, LEX 3537895;

32 R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009, s. 230.

33 Post. SN z dnia 19.01.2011 r., IV kk 356/10, OSNKW 2011/2/18.

34 A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kraków 1988, s. 25 i n, A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988, s. 53-54.

35 A. Liszewska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej, Edukacja Prawnicza 2009/5/5.

36 M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013, s. 229.

37 II AKa 12/04, Legalis.

sprawcy skutku, jest możliwe wyłącznie wówczas, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane alternatywne działania polegające na wykonaniu ciążącego na lekarzu (pielęgniарce) obowiązku, zapobiegły realnemu i znaczącemu stopniowi tego narażenia³⁸. Sprzeczne z obowiązkiem prawnym zachowanie (działanie, zaniechanie) gwaranta nienastąpienia skutku, jeżeli nie ma wpływu na stan zagrożenia dla życia czy zdrowia określonej osoby, nie jest przyczynowe dla utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160 § 1 kk. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy źródło narażenia tych dóbr jest poza możliwością oddziaływania osoby prawnie zobowiązanej do określonego zachowania³⁹.

Odnosnie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem pielęgniarki a skutkiem przyjmującym postać narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu należy wskazać, że zachodzi on w razie ustalenia w pierwszej kolejności tego, czy gdyby sprawca nie zachował się w określony sposób, to wystąpiłby określony skutek, tzw. test warunku sine qua non. Idąc dalej, konieczne jest ustalenie, czy dany skutek jest typowym normalnym następstwem zachowania sprawcy. W postępowaniach karnych, których przedmiotem są błędy medyczne, wymagało to będzie wiedzy specjalistycznej, a co za tym idzie zasięgnięcia opinii biegłego. W końcu konieczne jest ustalenie, czy niezachowanie przez pielęgniarkę reguł ostrożności doprowadziło do zwiększenia zagrożenia dla dóbr prawnie chronionych. W tym zakresie warto przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2008 r., gdzie wskazano, że warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza – gwaranta z art. 160 § 2 i 3 kk jest obiektywne przypisanie mu skutku należącego do znamion strony przedmiotowej objętego tym przepisem przestępstwa⁴⁰. Skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 § 1 kk może urzeczywistniać się także w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej, ale jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciążącego na oskarżonym obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciążącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia⁴¹. Warto również wskazać, że pielęgniarka nie może ponieść odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 kk, jeśli pożądane zachowanie alternatywne nie stwarzało realnej możliwości nawet na zmniejszenie stanu zagrożenia dla pacjenta. Zatem nawet naruszenie reguł ostrożności nie będzie rodziło odpowiedzialności karnej pielęgniarki, jeśli ich zastosowanie nie uchroniłoby pacjenta przed skutkiem określonym w art. 160 KK⁴². Jednocześnie warto wskazać, że bez znaczenia dla odpowiedzialności karnej gwaranta jest to, czy na skutek jego zachowania doszło do stworzenia sytuacji grożącej bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, mimo iż uprzednio w takiej sytuacji

38 Wyr. SN z 5.06.2019 r., III kk 212/18, LEX nr 2687644.

39 Wyr. SN z 14.07.2011 r., III kk 77/11 OSNKW 2011/10/94.

40 WA 32/08, OSNwSK 2008/1/1716.

41 Post. SN z 3.06.2004 r., V kk 37/04, OSNKW 2004/7-8/73.

42 Tak post. SN z 19.05.2015 r., II kk 236/14, LEX 1729282 oraz wyr. SN z 5.04.2013, IV kk 43/12, LEX 1318212.

nie był, czy też gwarant w wyniku udzielania świadczenia zdrowotnego zdynamizował swą bezczynnością lub działaniem przebieg i rozwój procesów chorobowych pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego zdrowiu i życiu⁴³.

Podsumowując powyższe rozważania, należy wskazać, że ustalenie odpowiedzialności karnej pielęgniarki za popełnienie przestępstwa przewidzianego w art. 160 § kk ma charakter wysoce złożony, niemalże zawsze wymagający wiedzy specjalistycznej w zakresie medycyny. Powszechną wiedzą jest to, że szeroki zakres kompetencji dla zawodu pielęgniarki, a także samodzielność w wykonywaniu zawodu rodzi także ryzyko poniesienia odpowiedzialności karnej za przestępstwa związane z tzw. „błędami medycznymi”. Trafnie kwestię odpowiedzialności karnej gwaranta ujmuje J. Brzozowska, która wskazuje, że dla przyjęcia takiej odpowiedzialności konieczne jest ustalenie, czy czynności podjęte przez danego pracownika medycznego były sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną i doświadczeniem. Przy czym oceny tej należy dokonywać w chwili podejmowania działań lub ich zaniechania. Po drugie, należy ustalić, czy u pacjenta wystąpił negatywny skutek w postaci narażenia go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz ustalić, czy rzeczony skutek pozostaje w adekwatnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem pracownika medycznego. W końcu, ostatnim elementem jest przypisanie winy za spowodowanie określonego skutku⁴⁴.

43 Wyr. SN z 5.11.2002 r., IV KKN 347/99, LEX 74394.

44 J. Brzozowska, Odpowiedzialność karna położnej za przestępstwo stypizowane w art. 160 § 2 kk, Prok.i Pr. 2021/1/63-74.

BIBLIOGRAFIA

1. Agnieszka Barczak-Oplustil, Tomasz Sroka, System Prawa Medycznego, t. 6, Warszawa 2022 r., s. 428, s. 431, s. 437
2. Marek Bielski, Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo, PS 2005/4, s. 123 i n.
3. Leszek Bosek, Beata Janiszewska, Pojęcie i podstawny prawne szczególnych świadczeń zdrowotnych, w: Szczególne świadczenia zdrowotne, System prawa medycznego, t. 2, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, wyd. 1 Legalis
4. Joanna Brzozowska, Odpowiedzialność karna położnej za przestępstwo stypizowane w art. 160 § 2 kk, Prok.i Pr. 2021/1, s. 63-74
5. Marian Cieślak, Pojęcie niebezpieczeństwa w prawie karnym, ZNUJ 1955/1, s. 154–160
6. Jacek Giezek, Kodeks karny. Część Szczególna. Komentarz, WKP 2021, LEX.
7. Jacek Giezek, Narażenie na niebezpieczeństwo oraz jego znaczenie w konstrukcji czynu zabronionego (w:) „Przegląd Prawa i Administracji” 2020, t. 50, s. 114
8. Jacek Giezek, glosa do postanowienia SN z 3.6.2004 r., (V kk 37/04), Pal. 2005/1–2, s. 268–269
9. Tadeusz Hanausek, Uwagi o naturze niebezpieczeństwa jako zjawiska obiektywnego i dynamicznego [w:] Zagadnienia prawa karnego i teorii prawa. Księga pamiątkowa ku czci Profesora Władysława Woltera, red. M. Cieślak, Warszawa 1959, s. 69–80
10. Tomasz Jurek, Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, passim Wrocław 2013
11. Dorota Karkowska, Prawo Medyczne dla pielęgniarek, wyd. 2, Warszawa 2020, s. 30-31
12. Renata Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009, s. 230
13. Jan Kulesza, Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie (art. 162 KK), Czasopismo prawa karnego i nauk penalnych 2008/2, s. 168-169
14. Michał Królikowski, , Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna, t. I, Warszawa 2017, art. 160, Nb 15
15. Agnieszka Liszewska, Meritum Prawo Medyczne, Warszawa 2016 r., s. 410
16. Agnieszka Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kraków 1988, s. 25 i n.
17. Agnieszka Liszewska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej, Edukacja Prawnicza 2009/5, s. 5
18. Mirosław Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013, s. 229
19. Jacek Potulski, glosa do wyroku SN z 30.10.2008 r. (I KZP 13/08), Prok.i Pr. 2009/5
20. Artur Tomasz Olszewski, glosa do wyroku SN z 30.10.2008 r. (I KZP 13/08), PiP 2009/4
21. Tomasz Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, LEX
22. Tomasz Sroka, glosa do wyr. SN z 21.08.2012 r. (IV kk 42/12), PiP 2013/7
23. Violetta Wrzosek-Konarska, Kodeks karny, Komentarz, LEX

24. Andrzej Zoll, Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna, t. 2, Kraków 2006, s. 380
25. Andrzej Zoll, Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna, t. 2, Kraków 2017, s. 415
26. Andrzej Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988, s. 53-54

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł zajmuje się problematyką odpowiedzialności osób wykonujących zawód pielęgniarki za przestępstwo z art. 160 § 2 Kodeksu karnego. Autorzy analizują, jak należy rozumieć niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia człowieka w kontekście odpowiedzialności za to przestępstwo, a także jaka jest rola pielęgniarki jako gwaranta nienastąpienia określonego skutku.

SŁOWA KLUCZOWE: odpowiedzialność karna pielęgniarek, niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia człowieka.

SUMMARY

This article deals with the issue of the criminal liability of nurses for the crime of exposing a human being to an immediate danger of loss of life, a serious bodily injury, or a serious impairment of health. Nurse, as a person who has a duty of care for a patient, bears a more severe criminal liability under Article 160 § 2 of the Criminal Code.

KEY WORDS: criminal liability of nurses, immediate danger of loss of life, a serious bodily injury, or a serious impairment of health.