

Genowefa Rejman

Odpowiedzialność karna personelu medycznego działającego w zespole

Palestra 27/10(310), 55-71

1983

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA PERSONELU MEDYCZNEGO DZIAŁAJĄCEGO W ZESPOLE

Autorka podejmuje zagadnienie odpowiedzialności karnej za negatywne działanie zespołu lekarskiego. Wiadomo, że w lecznictwie podział czynności został daleko posunięty. W związku z tym powstaje trudny problem związany z udzieleniem odpowiedzi na pytanie — kto i w jakim zakresie odpowiada za skutek, który został wywołany nieprawidłowym zachowaniem się tylko jednego uczestnika zespołu lekarskiego, przy prawidłowych czynnościach innych osób włączonych w proces leczenia.

Problem ten autorka ukazuje zaczynając od sformułowania zespołu lekarskiego, tej wletoosobowej konfiguracji podmiotowej, wstępującej w miejsce ściśle określonego podmiotu przestępstwa. Dalsze rozważania ukazują sposób eliminacji z kręgu odpowiedzialności tych osób, które mimo powiązania ich czynności ze skutkiem nie stanowią przestępstwa. Zasadniczą rolę w tej materii odgrywa „autokontrola” czynności wplecionych w zespołowe działanie. Jej istotą jest to, że poddaje ona weryfikacji, z punktu widzenia zasad lekarskiego działania, nie tylko własną czynność, ale także czynność swego poprzednika w zespole działania. Na tym tle autorka ukazuje odpowiedzialność karną poszczególnego uczestnika zespołowego czynu wedle zasady indywidualizacji i subiektywizacji, odrzucając pogląd o mechanicznym i jednolitym potraktowaniu wszystkich osób włączonych do zespołowego działania, wedle zasady, że każdy kto włączył się do czynności wywołującej skutek przestępny, odpowiada za niego na równi z innymi.

Rozważania powyższe stanowią podstawę do wyjaśnienia funkcji związku przyczynowego, bezprawności i winy na tle zespołowej działalności prowadzącej do przestępstwa. Jeśli chodzi o winę, to autorka lansuje koncepcję teorii psychologicznej, ukazując na jej tle zalamywanie się poszczególnych elementów uzasadniających odpowiedzialność karną. Szczególne znaczenie w tych rozważaniach jest ukazanie tej funkcji bezprawności kryminalnej, zakreślającej obszar, w którym rozpatruje się zachowanie człowieka, z punktu widzenia winy. Odrzuca się pogląd, który za pośrednictwem pozaustawowych elementów normatywnych (polityki, ideologii, etyki, moralności i innych pozaustawowych norm) nadaje bezprawności sens pochodzący od winy, a nie od zakazu umieszczonego w przepisach ustawy karnej.

1. W dotychczasowej literaturze prawa karnego zagadnienie odpowiedzialności lekarza omawiane było jedynie w nawiązaniu do czynności jednej osoby. Tymczasem ograniczenie tej problematyki tylko do oceny zachowania się pojedynczego pracownika służby zdrowia nie jest już wystarczające. Nie trzeba głębiej uzasadniać, że leczenie polega na wielu wyspecjalizowanych zabiegach personelu medycznego. Tym samym jego rezultat końcowy jest wynikiem zachowania kilku, a nieraz nawet kilkudziesięciu osób występujących w określonych zespołach. Praca więc zespołu, a nie pojedynczej osoby decyduje o takim czy innym wyniku leczenia.

Cechą charakterystyczną zespołu pracowniczego (w tym zespołu medycznego) jest to, że składa się on co najmniej z dwóch osób, a dobór jego uczestników następuje na podstawie różnych kryteriów. Powołanie dwóch lub więcej osób do wykonania określonego zadania następuje najczęściej na podstawie kryterium kwalifikacji (kryterium wiedzy) lub też ze względu na społeczny podział pracy. Wśród uczestników takiego zespołu należy wymienić tych, którzy nim kierują i z tego tytułu nadzorują jego funkcjonowanie, oraz tych, którzy są powołani do wykonania określonych czynności.

Kierowanie czynnościami osób podporządkowanych w procesie pracy i odpowiedzialność za negatywne następstwa wynikające z ich zachowania się — to problem niezwykle skomplikowany. W polskiej doktrynie prawa karnego nie jest on nawet zarysowany w dostateczny sposób. Natomiast w literaturze francuskiej, a także anglosaskiej problem ten rozwiązuje się na gruncie odpowiedzialności karnej za działanie osób trzecich (*la responsabilité du fait d'autrui*). Koncepcja ta, krytykowana w polskim piśmiennictwie, odrzucona została w pracach J. Sawickiego, zwłaszcza w odniesieniu do odpowiedzialności karnej lekarza za działanie osób mu podporządkowanych w procesie wykonywania zabiegów leczniczych.¹

Polskie ustawodawstwo karne, w ramach form sprawstwa, wyróżnia przestępstwa polegające na kierowaniu działalnością innych osób (art. 16 k.k.). W literaturze zwykle odnosi się tę formę sprawczą do przestępstw umyślnych, np. organizowania i kierowania aferowymi przestępstwami gospodarczymi lub kierowania związkami przestępczymi. Ta forma kierowania nie może się jednak odnosić do działalności lekarza — poza wypadkami z okresu II wojny światowej. Wydaje się jednak, że nie ma przeszkód prawnych ani faktycznych do objęcia konstrukcją „kierowania” (art. 16 k.k.) takiego zachowania się kierownika zespołu, które nie wykracza poza granice nieumyślności.

Jeśli chodzi o odpowiedzialność uczestników zespołu powołanych do wykonania określonego zadania, to ten problem próbuje się rozwiązać w ramach tzw. współsprawstwa nieumyślnego. Według tego poglądu każdy uczestnik zespołu odpowiada za negatywne następstwo działania zespołu, jeżeli oczywiście zachodzą dalsze przesłanki odpowiedzialności. Stanowisko odrzucające nieumyślne współsprawstwo opiera się na zindywidualizowaniu czynu każdego uczestnika zespołu i poddaniu go odrębnej ocenie według kwalifikacji prawnej, niezależnie od skutku, jaki został wywołany tą działalnością. Tym samym czyn może być zakwalifikowany jako spowodowanie narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia nawet wówczas, gdy skutkiem zachowania zespołu było uszkodzenie ciała, albo nawet śmierć człowieka. Kwalifikacja taka ma miejsce wówczas, gdy zostanie wykazane, że czyn poszczególnego uczestnika zespołu nie wykroczył poza narażenie na niebezpieczeństwo życia człowieka, a wywołany skutek negatywny jest wynikiem działania lub zaniechania pozostałych uczestników zespołu lekarskiego.

2. W niniejszej pracy prezentowany jest ten drugi pogląd. Dla wyjaśnienia tej koncepcji powołamy się na przykłady z praktyki sądowej, na podstawie których zostanie wyróżniona sytuacja kierownika zespołu i poszczególnego uczestnika z punktu widzenia ich odpowiedzialności karnej. Pierwszy z tych przykładów będzie stanowił ilustrację wykonania czynności leczniczej przez zespół medyczny składający się z lekarza i personelu pomocniczego.

W szpitalu lekarz zlecił pielęgniarkę wykonanie zabiegu kroplówki. W związku z tym udała się ona do siostry oddziałowej po niezbędne specyfiki. Na skutek pomyłki siostry oddziałowej pielęgniarka otrzymała zamiast fongizonu i płynu Ringera szkodliwy dla zdrowia hydrazyd, który był w identycznym opakowaniu co właściwy płyn. Nie sprawdzając czynności swej poprzedniczki, przygotowała z tego kroplówkę. Do przygotowanego zabiegu włączyła się samorzutnie i z czysto koleżeńską chęcią udzielenia pomocy pielęgniarka-uczennica. Przyniosła ona butle do pokoju chorych i wbiła igły do żył pacjentów. Połączenie igieł z wężykami krop-

¹ Por. J. Sawicki: Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym (PWN 1965, str. 190) — w związku z koncepcją reprezentowaną przez J. Salvaire'a w artykule: *Réflexions sur la responsabilité pénale du fait d'autrui* („Revue de Science Criminelle”, 1964, str. 307—315).

lówki było „dziełem” pielęgniarki, na której ciążył obowiązek dokonania całego zabiegu. Po tych czynnościach lekarz sprawdził prawidłowość zabiegów i nie stwierdziwszy żadnych uchybień, opuścił salę chorych.²

Wprowadzenie do organizmu fongizonu rozpuszczonego w niewłaściwym płynie spowodowało zaburzenia w organizmie chorych. Po upływie 30 minut zaalarmowano lekarza, który podjął akcję ratunkową włącznie z otwarciem klatki piersiowej, masowaniem serca itp. Czynności te okazały się jednak już bezskuteczne.

Jak wynika z opisanego wyżej stanu faktycznego, negatywny wynik czynności leczniczych był rezultatem działania czterech osób, tj. lekarza, który zlecił sporządzenie kroplówki, pielęgniarki oddziałowej, siostry sporządzającej kroplówkę z niewłaściwych składników i siostry-uczennicy.

Na tle tego stanu faktycznego powstało pytanie, która z wymienionych osób ponosi odpowiedzialność karną, a która wolna jest od zarzutu nieumyślnego spowodowania śmierci chorych, mimo że uczestniczyła w zespole wykonującym czynności lecznicze.

Rozwiązanie tego problemu nie jest łatwe. Dlatego zanim udzielona zostanie odpowiedź na postawione wyżej pytanie, należy najpierw przytoczyć rozumowanie dwóch instancji sądowych, które rozpatrywały omawianą sprawę. Zastrzec się jednak wypada, że sądy były związane aktem oskarżenia wniesionym przez prokuraturę, która do odpowiedzialności karnej pociągnęła jedynie dwie osoby spośród czterech występujących w omawianym zespole. Mianowicie o nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 152 k.k.) oskarżona została pielęgniarka przygotowująca kroplówkę oraz pielęgniarka-uczennica, która włączyła się do zabiegu samorzutnie. Poza zasięgiem odpowiedzialności karnej pozostali więc: lekarz zlecający oraz siostra oddziałowa, która przez błędne wydanie specyfików zapoczątkowała więc przyczynową prowadzącą do śmierci pacjentów.

Wydaje się, że wybór osób obciążonych zarzutem popełnienia przestępstwa został przeprowadzony w sposób niewłaściwy. Podstawą takiego wyboru stał się pogląd, że w wypadku zespołowej działalności jest rzeczą obojętną, jakie czynności zostały wykonane przez poszczególnego uczestnika zespołu. Sam fakt ustalenia, że brał on udział w zespole, już daje podstawę do odpowiedzialności karnej za negatywny wynik działalności wszystkich osób w nim występujących. Teza powyższa została w sposób wyraźny sformułowana w uzasadnieniu wyroku sądu II instancji.

Podkreślić należy, że koncepcja zrównująca w sposób mechaniczny odpowiedzialność karną każdego uczestnika zespołu, bez względu na rodzaj wykonywanej przez niego czynności, nie jest słuszna. Nie znalazła ona także pełnego, konsekwentnego zastosowania w omawianej sytuacji, skoro zarzut popełnienia przestępstwa polegającego na nieumyślnym spowodowaniu śmierci człowieka (art. 152 k.k.) objął tylko dwie, a nie cztery osoby. Teza ta dała jednak podstawę do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej przez prokuratora, a następnie skazania przez sąd dwóch osób bez głębszego wnिकnięcia w przesłanki ich odpowiedzialności z punktu widzenia prawa karnego.

Warto zaznaczyć, że we współczesnych rozważaniach filozoficznych bardzo często można spotkać pogląd ujednociający podstawy odpowiedzialności człowieka za to wszystko, co się wokół niego dzieje. Nie odbierając głębszego sensu filozoficznego i społecznego takiemu pogładowi, należy się jednak zastrzec przed wprowadzeniem go bez ograniczeń w obręb prawa karnego. Zrównanie odpowiedzialności

² Sprawa była rozpatrywana przez Sąd Powiatowy w O. jako sąd pierwszej instancji (Kp 1124/65) i Sąd Wojewódzki dla Woj. W. jako sąd drugiej instancji (Kr 3131/66).

karnej wszystkich osób występujących w zespole bez względu na to, jakiej czynności podjął się poszczególny jego uczestnik, prowadzi do wyników, które nie mogą być z punktu widzenia prawa karnego zaakceptowane. Teza, że „wszyscy odpowiadają w równym stopniu za wszystko”, prowadzi do dwóch skrajnych wyników. Z jednej strony obciąża ona pełną odpowiedzialnością poszczególnego uczestnika zespołu bez względu na jego wkład w powstanie skutku, a z drugiej czyni praktycznie niemożliwą realizację odpowiedzialności. Odpowiedzialność wszystkich jest równa brakowi odpowiedzialności. Zdaniem najwybitniejszych polskich prakseologów³ teza, że „wszyscy odpowiadają za wszystko”, prowadzi do odwrotnych skutków w stosunku do tych, które legły u podstaw jej sformułowania. Każdy bowiem może liczyć na to, że przerzucając odpowiedzialność na innych uniknie kary dlatego, że praktycznie rzecz biorąc nie jest możliwe pociągnięcie do odpowiedzialności wszystkich, którzy uczestniczyli w określonym zespole czynności.

Wprowadzenie na teren prawa karnego pojęcia „zespołu” nie uzasadnia bynajmniej powrotu do dawnych koncepcji odpowiedzialności grupy osób lub związków, jeżeli tylko negatywny skutek miał jakikolwiek styk z tymi osobami. Pojęcie „zespołu” nie tylko nie eliminuje indywidualnej odpowiedzialności wyrosłej na zasadzie subiektywizmu i indywidualizacji, lecz przeciwnie, nadaje tym zasadom głębszy sens. Ze względu na stale pogłębiającą się specjalizację, ocena zachowania się poszczególnej osoby jest w wielu wypadkach niemożliwa bez powiązania jej z czynnościami osób, które zostały powołane do wykonania określonego zadania.

Rozpatrując z tego punktu widzenia zachowanie osób, które doprowadziły do nieumyślnego spowodowania śmierci pacjentów w wyniku niewłaściwego sporządzenia kroplówki, należy tu podkreślić przede wszystkim pozycję lekarza, jako kierownika zespołu, oraz pozycję pielęgniarek wykonujących jego zlecenia. Wydaje się, że nie ma podstaw do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej lekarza, który zlecił wykonanie kroplówki, a następnie nadzorował wykonanie tej czynności. Trudno bowiem dopatrzeć się błędu w zleceniu personelowi pomocniczemu wykonanie kroplówki. Nie można dopatrzeć się także błędu w tym, że nadzorując czynności personelu pomocniczego, lekarz nie rozpoznał wadliwości jego postępowania. Jednakże o ile ocena — z punktu widzenia błędu — pierwszej czynności lekarza, polegającej na zleceniu wykonania kroplówki, nie nasuwa większej wątpliwości, o tyle problem ten w odniesieniu do następnego członu jego zachowania nie jest już taki prosty. Stanowisko odrzucające w tym drugim wypadku błąd lekarski opiera się na następującym rozumowaniu wyprowadzonym z teorii organizacji.

Czynności nadzoru nad zachowaniem personelu pomocniczego nie dotyczą w zasadzie tych wszystkich elementów, które należą do kompetencji zawodowych tego personelu. Z tego względu lekarz nadzorujący wykonanie kroplówki nie był zobowiązany do szczegółowego sprawdzenia, czy w sposób właściwy zostały wydane specyfiki do jej sporządzenia, czy kroplówka została wykonana prawidłowo itp. Wszystko to należało do kompetencji zawodowo wyszkolonego personelu pomocniczego. W konkretnym wypadku czynności, które wykonały poszczególne pielęgniarki — począwszy od wydania niewłaściwych specyfików aż do podłączenia kroplówki chorym — nie wykraczały poza zwykłe, normalne czynności personelu pomocniczego. Nadzór lekarza powinien się ze swej istoty koncentrować na punktach działalności personelu pomocniczego, które wykraczają poza umiejętności lub kompetencje poszczególnego uczestnika zespołu medycznego.

³ T. Kotarbiński, A. Ehrlich, J. Zieleniewski: *Odpowiedzialność i współsprawstwo*, PAN 1963, str. 34 i nast.

Problemu tego nie można inaczej rozwiązać. Obciążenie bowiem lekarza odpowiedzialnością karną za każdy negatywny skutek postępowania personelu pomocniczego byłby wyrazem tezy zrównującej w sposób mechaniczny odpowiedzialność karną każdego uczestnika zespołu lekarskiego za negatywny wynik leczenia.

W doktrynie granice odpowiedzialności karnej kierownika zespołu próbuje się określić przez oparcie się na koncepcji tzw. wzajemnego zaufania kierownika do zachowania uczestnika zespołu. Jest to zagadnienie ogólniejszej natury. W stosunku do zespołu lekarskiego problemem tym zajmował się J. Sawicki.⁴ Autor w swych pracach brał pod uwagę trzy następujące stanowiska. Pierwsze opiera się na braku zaufania kierownika zespołu lekarskiego do personelu z nim współpracującego. W myśl tej teorii kierownik odpowiada za wszystkie ujemne następstwa pracy zespołu. Drugi kierunek zasadza się na wręcz odmiennym stanowisku. Polega on na całkowitym, absolutnym zaufaniu kierownika do osób z nim współdziałających w zespole, jeżeli tylko zostały one zatrudnione zgodnie z kwalifikacjami i wykonują czynności wchodzące w zakres ich kompetencji. Omawiana koncepcja zwalnia przede wszystkim kierownika zespołu od odpowiedzialności, przesuując ją na członków zespołu. Wreszcie trzeci pogląd, zwany zasadą „ograniczonego zaufania”, polega na założeniu, że każdy wykwalifikowany członek zespołu wykonuje swe obowiązki rzetelnie. Zaufanie to trwa tak długo, dopóki pewne oznaki w toku pracy, oczywiście niedopuszczalne, zaufania tego nie podważą. Od tego momentu kierownik (przełożony) powinien się tak zachowywać, jakby uczestnik zespołu utracił zaufanie.

W myśl tej koncepcji, która legła u podstaw polskiego orzecznictwa sądowego, problemu odpowiedzialności nie można w sposób mechaniczny przesunąć w górę przez obciążenie przełożonego ujemnymi wynikami pracy zespołu, którym kierował. Uniemożliwia ona jednocześnie obciążenie odpowiedzialnością wyłącznie wykonawców z pominięciem przełożonego.

Nie znaczy to, rzecz jasna, że posługiwanie się kryterium „ograniczonego zaufania” rozwiewa wszystkie wątpliwości. Dowodem tego są choćby dwa stanowiska wyrażone w jednej ze spraw, reprezentowane przez Sąd Wojewódzki i Sąd Najwyższy. Zdaniem Sądu Wojewódzkiego przełożony mógł wierzyć w rzetelność pracy pracowników, którzy przez długi czas wykonywali w ten sposób swe czynności, że nie dawali dostrzegalnych oznak naruszenia przez nich obowiązków służbowych. Dlatego też Sąd Wojewódzki uniewinnił oskarżonego z zarzutu braku nadzoru. Natomiast Sąd Najwyższy, nie podzielając powyższego stanowiska, stwierdził co następuje: ani działanie funkcjonariusza publicznego w dobrej wierze, ani działanie w zaufaniu do podległego mu personelu nie może go ekskulpować wówczas, gdy zachowanie jego w ramach obowiązków służbowych przejawia się w bezczynności w zakresie czynności nadzoru.⁵

Idąc po linii rozumowania Sądu Najwyższego należy dodać, że w naszym przykładzie lekarz nadzorował wykonywanie zabiegu. Nadzór ten jednak był zbyt ogólny i ograniczał się jedynie do ogólnej obserwacji sposobu wykonania kroplówki, natomiast nie objął on swym zasięgiem konkretnych czynności. Oczywiście, gdyby lekarz w ogóle nie sprawdził czynności personelu pomocniczego, znalazłby się w gorszej sytuacji z punktu widzenia odpowiedzialności karnej. Mógłby go spotkać zarzut bezczynności. Inna też byłaby sytuacja, gdyby lekarz zlecił wykonanie omawianych czynności niewykwalifikowanemu lub niedoświadczonemu personelowi pomocniczemu. Tak więc należy dojść do wniosku, że prokurator słusznie nie pociągnął

⁴ J. Sawicki: op. cit., str. 174 i nast. Autor rozważa to zagadnienie w specjalnym rozdziale pt.: Odpowiedzialność karna lekarza za błędy współpracującego zespołu.

⁵ Orzeczenie SN z dnia 1.II.1968 r. II KR 41/68 OSPIKA z. 11/1969, poz. 237 (z moją Głosą zamieszczoną tamże).

do odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 152 k.k.) lekarza zlecającego i nadzorującego wykonanie kroplówki, skoro w jego zachowaniu nie można dopatrzeć się błędu lekarskiego, negatywny zaś skutek leczenia był następstwem zaniedbania personelu pomocniczego, działającego w granicach własnych kompetencji.

Niesłusznie natomiast została poza zasięgiem odpowiedzialności karnej siostra oddziałowa, która wydała niewłaściwie specyfikę do sporządzenia kroplówki. Jej obowiązkiem było każdorazowe sprawdzenie zgodności wydanych przez nią specyfików ze zleceniem lekarskim. Błąd ten nie został skorygowany przez następną osobę występującą w zespole. Niewykrycie błędu występującego w czynności poprzednika obciąża każdego następnego uczestnika zespołu, który włącza się do kontynuowania rozpoczętej już czynności w ramach funkcjonowania zespołu.

Oceniając z tego punktu widzenia zachowanie pielęgniarki-uczenicy, która tylko pomocniczo przyłączyła się do wykonania zabiegu, nie można się dopatrzeć w jej czynnościach błędu. Przeniesienie tacy z butlami nie może być w ogóle pod tym kątem widzenia rozpatrywane, natomiast jeśli chodzi o wkłucie igieł do żył pacjenta, to było ono wykonane prawidłowo. Dlatego też skazanie pielęgniarki-uczenicy było wadliwe, bo nie miało podstaw prawnych.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że zachowanie pielęgniarki sporządzającej kroplówkę uzyskało znamie nieprawidłowości tylko na skutek niesprawdzenia czynności swej poprzedniczki. Stwierdzenie to wskazuje na to, 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.

Błąd zapoczątkowany w pierwszej fazie zespołowego działania został wskutek braku kontroli utrwalony i przeniesiony na następne stadia czynności zespołu. Z tego faktu powstają też określone obowiązki dla jego uczestników. Uczestnik zespołu, włączając się do rozpoczętego już działania, ma obowiązek sprawdzić zachowanie się swego poprzednika.

Należy podkreślić, że zasada ograniczonego zaufania, która legła u podstaw zakreślenia obszaru odpowiedzialności karnej kierownika zespołu za błędy personelu mu podporządkowanego w procesie pracy, nie może mieć zastosowania wówczas, gdy określamy odpowiedzialność karną poszczególnego uczestnika zespołowej działalności na szczeblu wykonania zleconego zadania. Tak więc zasada braku zaufania do czynności poprzednika bez względu na jego doświadczenie i kwalifikacje, a nie zasada zaufania obowiązuje na szczeblu wykonywania wspólnego zadania. Współuczestnik czynu ma zatem obowiązek każdorazowego sprawdzenia, w jakim stanie wykonawstwa otrzymał do dalszego kontynuowania rozpoczęte zadanie.

W związku z tym należy podkreślić, co następuje. Różna jest funkcja zasady zaufania w regulacji odpowiedzialności karnej za negatywny skutek zespołu medycznego w zależności od rodzaju czynności wykonywanej w tym zespole. Zasada ograniczonego zaufania odnosi się do tego członka zespołu, który wykonywał w nim funkcje zlecające poszczególne czynności (np. wykonanie kroplówki) lub funkcje kierownicze. Natomiast członkowie powołani do wykonania określonego zadania (np. wykonania kroplówki) kierują się w stosunku do siebie zasadą braku zaufania. Oznacza to obowiązek sprawdzenia każdorazowej czynności swego poprzednika w zespole wykonawczym przed wykonaniem w nim własnego działania.

Na ten problem zwraca się uwagę w sposób szczególny w teorii organizacji:

i prakseologii. Zdaniem E. Lipińskiego⁶ nadzór wykonywany przez poszczególnego uczestnika zespołowego działania (zwany inaczej samokontrolą) spełnia najistotniejszą rolę w zapewnieniu prawidłowości zespołowego działania, podzielonego coraz bardziej ze względu na specjalizację. Nikt nie jest w stanie tak ocenić właściwości działania, jak sam uczestnik czynu.

Kontrola *ex post* z mnożeniem jej i rozbudową w różnych instancjach kontrolnych często zaciemnia obraz rzeczywistego stanu i komplikuje wiele problemów w sposób uniemożliwiający ich właściwe rozstrzygnięcie. W miarę pogłębiającej się specjalizacji samokontrola nie tylko nie ginie, lecz przeciwnie, jeszcze bardziej się uwydatnia, wkracza w te elementy zespołowego działania, które w wyniku coraz to większej specjalizacji zostały wyłączone spod bezpośredniego wykonawstwa poszczególnego uczestnika czynu, tkwiąc jednakże w nim w sposób integralny jako znamię rozczłonkowanego wspólnego zadania.

Zagadnienie to inaczej się kształtuje, gdy mamy do czynienia ze związkiem zespołów. Gdyby więc w omawianym wypadku zamiast kroplówki, która była sporządzona na miejscu w szpitalu, zastosowano błędnie sporządzoną kroplówkę uzyskaną jako gotowy preparat, to wówczas negatywny skutek tak sporządzonej kroplówki nie obciążałby zespołu pielęgniarskiego. W tym ostatnim wypadku odpowiedzialność przesunęłaby się na zespół sporządzający kroplówkę, chyba że przed zastosowaniem gotowego preparatu należało sprawdzić jego przydatność.

Jeżeli błąd nie może być sprecyzowany pod adresem konkretnej osoby, to wówczas może wchodzić w rachubę jedynie odpowiedzialność cywilna, a w wypadku lekarza — odpowiedzialność Skarbu Państwa. W doktrynie prawa cywilnego tak ujętą winę nazywa się winą bezimienną.⁷ Pojęcie winy bezimiennej jest obce nauce prawa karnego, w której wina musi dotyczyć zindywidualizowanego czynu i zindywidualizowanego błędu, dającego się sprecyzować pod adresem konkretnej osoby.

W konkluzji należy stwierdzić, co następuje. Złączenie w ramach jednego zespołu lekarskiego dwóch różnych oddzielających się od siebie faz sprawia, że błąd poprzednika obciąża odpowiedzialnością karną uczestnika występującego w kolejnej fazie czynności. Ma to miejsce jednak tylko wtedy, gdy uczestnik zespołu, włączając się w tok czynności, nie sprawdził prawidłowości postępowania swego poprzednika.

Natomiast sprawa przedstawia się inaczej, gdy w wyniku podziału pracy jednolita ze swej istoty czynność zostanie w taki sposób podzielona, że w poszczególnych fragmentach jest wykonywana przez różne oddzielone od siebie zespoły. W takich warunkach nie istnieje możliwość bezpośredniego sprawdzenia gotowego wyrobu, który jest scalony efektem działania odrębnego zespołu (np. farmaceutycznego). Stąd też w teorii organizacji i prakseologii podkreśla się, że im bardziej proces pracy ulega specjalizacji, w tym większym stopniu efekty tak podzielonego procesu technologicznego oddalają się od konkretnego człowieka i w konsekwencji tym trudniej jest sprecyzować odpowiedzialność karną. Współczesna epoka charakteryzuje się tym, że w równym stopniu tak wynalazki jak i błędy nie są już rezultatem działania poszczególnej osoby, ale całego zespołu osób. Dlatego udogodnienia, które niesie współczesny postęp techniczny, prowadzić mogą do tego, że stanie się niemożliwe zindywidualizowanie odpowiedzialności za negatywne następstwa błędu, którego zasięg może być wielokrotniony w zespołowym działaniu, jeżeli tylko nie

⁶ E. Lipiński: Centralizacja i decentralizacja decyzji ekonomicznych (w:) Przedsiębiorstwo w polskim systemie społeczno-ekonomicznym (red. J. Lenart), PWE 1967, str. 133.

⁷ Bliżej o winie bezimiennej — por.: Praca zbiorowa pt.: Kodeks cywilny — Komentarz, Wyd. Prawn. 1972, str. 998 i 999.

zostanie on ujawniony, zostanie zaś powtórzony w setkach, tysiącach, a nawet milionach niebezpiecznych egzemplarzy.

W filozofii problem ten sprowadza się do tzw. alienacji, przez którą rozumie się taką formę oddzielenia wytworów od człowieka, w której biorą one górę nad jego postępowaniem. Twory te wymykając się spod kontroli ich wytwórców, wpływają jednocześnie — w sposób przesądający — na losy człowieka. W nauce prawa karnego ten obszar działania, który wymyka się spod indywidualnej kontroli, uznaje się za ryzyko uchylające odpowiedzialność karną. Społeczeństwo bowiem nie może akceptować jedynie korzyści, które niesie ze sobą podział pracy, i musi zdawać sobie sprawę z niebezpieczeństw stąd wynikających.⁸

3. Obecnie zostaną przedstawione sytuacje, w których czynność lecznicza jest wykonywana przez zespół lekarzy bez udziału personelu pomocniczego.

Dla zobrazowania tego zagadnienia zostanie przytoczony stan faktyczny pewnej sprawy karnej, w której zasadniczym problemem było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy i którzy z pięciu lekarzy udzielających kolejno porady w ramach pogotowia ratunkowego dopuścili się błędu sztuki lekarskiej.

Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 16.I.1974 r. III KR 311/73 rozważał odpowiedzialność karną lekarzy, którzy kolejno udzielali pacjentce błędnej porady lekarskiej, powodując pogorszenie się jej stanu zdrowia do tego stopnia, że późniejsze przewiezienie chorej do szpitala nie zdołało już uratować jej życia.

O powodzeniu leczenia decydują umiejętności nie tylko poszczególnego lekarza, lecz całego zespołu lekarskiego, z którym pacjent styka się w czasie choroby. Wielość lekarzy, z którymi pacjent ma do czynienia, jest nie tylko następstwem specjalizacji, ale także konsekwencją społecznego podziału pracy, jakiemu podlegają lekarze zatrudnieni w określonej jednostce czasu. Z tego względu opiekę nad chorym przejmują ci lekarze, którym wypada dyżur. Przejęcie do leczenia chorych następuje przez wgląd do dokumentu odzwierciedlającego przebieg choroby. Taki podział pracy jest nieunikniony. Fakt ten powinien być zawsze brany pod uwagę przy określaniu błędu lekarskiego.

Na tle wzmiankowanego orzeczenia sądowego z dnia 16.I.1974 r. należy stwierdzić, że lekarz pogotowia ratunkowego jest powołany do stawiania diagnoz tylko w sprawach oczywistych i nie wymagających do rozpoznania choroby głębszego badania. W trudniejszych przypadkach jego kompetencje ograniczają się tylko do rozpoznania stopnia niebezpieczeństwa grożącego choremu. W zależności od sytuacji lekarz pogotowia powinien skierować chorego do szpitala lub kliniki. Ze względu na brak wiadomości specjalistycznych i odpowiedniej aparatury medycznej nie można żądać od lekarza pogotowia ratunkowego, by w każdym przypadku postawił właściwą diagnozę.

Rozpoznanie choroby i określenie niebezpieczeństwa — to dwie różne rzeczy. Ta druga sytuacja może być sprecyzowana na podstawie autopsji lub informacji o stanie zdrowia pacjenta i przebiegu schorzenia, wskazujących na utrzymywanie się lub pogłębianie stanu chorobowego zagrażającego życiu.

Do lekarza pogotowia ratunkowego należy pierwsza decyzja diagnostyczna, ale tylko co do sposobu leczenia: w domu, w przychodni czy w szpitalu. Na tym tle można uznać za zasadne stanowisko Sądu Najwyższego uwalniające od odpowiedzialności karnej lekarza, który po pierwszym wezwaniu pogotowia ratunkowego nie rozpoznał u chorej stopnia niebezpieczeństwa grożącego pacjentce i błędnie po-

⁸ Obszerniej na ten temat piszę w swej pracy: *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe wykonanie nadzoru w zespołowym działaniu*, Warszawa 1972 (problemowi temu poświęcam w szczególności uwagę w rozdziale IV).

przeszedł na leczeniu domowym. Powstają już jednak wątpliwości co do uwolnienia od odpowiedzialności karnej lekarza, który jako drugi stawiał się — w ramach pomocy pogotowia ratunkowego — i podtrzymał błędnie postawioną diagnozę przez swego poprzednika. Zbyt daleko posunięte zaufanie do prawidłowości diagnozy swego poprzednika, a w wyniku tego minimalizacja niebezpieczeństwa grożącego życiu kobiety, w świetle opisanych w wyroku objawów, która kilka dni temu urodziła dziecko, nie miały uzasadnienia. Zaufanie do prawidłowości diagnozy swego poprzednika, eliminujące własne rozpoznanie choroby i niebezpieczeństwa zagrażającego życiu kobiety w konkretnym wypadku, sprawiło, iż postępowanie lekarza uzyskało znamię bezprawności kryminalnej.

Jeszcze zaś bardziej zachowanie się następnym lekarzy zgłaszających się w domu chorej na kolejne wezwania pogotowia ratunkowego nie nasuwa żadnych wątpliwości z punktu widzenia ich nieprawidłowości. Postępowanie ich świadczyło o dużej niekompetencji w ocenie stanu niebezpieczeństwa dla człowieka oczekującego odpowiedniej interwencji lekarskiej. Należy przy tym mocno podkreślić, iż błąd nie polegał na postawieniu błędnej diagnozy, lecz na zbagatelizowaniu niebezpieczeństwa grożącego pacjentce, niebezpieczeństwa, które mogło być rozpoznane nawet przez osoby nie mające medycznego wykształcenia. Świadczy o tym zachowanie rodziny chorej, która wobec nagłości pogarszania się sytuacji chorej zwracała się nie do lekarza w normalnym trybie, a tylko do pogotowia ratunkowego, wzywając je w krótkich odstępach czasu aż 5-krotnie. Argument podnoszony w rewizji na korzyść oskarżonych lekarzy, że nie posiadali oni odpowiedniej wiedzy, niezbędnej do prawidłowego rozpoznania choroby, nie może ich usprawiedliwiać.

W omawianej sprawie zespół lekarzy mający kontakt z pacjentką był zupełnie przypadkowy i dlatego każdy z kolejnych lekarzy powinien był od samego początku przeanalizować objawy i zastosować środki niezbędne do ich neutralizacji. Kontynuowanie rozpoczętego leczenia przez poprzednika może mieć tylko wtedy miejsce, gdy zastosowanie przepisanych środków w konkretnym wypadku wywarło oczekiwany skutek w opanowywaniu choroby. Gdy jednak choroba przybierała coraz większe rozmiary, nawiązywanie do sposobów zastosowanego już leczenia i kontynuowanie go w dalszym ciągu należy uznać za błąd sztuki lekarskiej, znamionujący bezprawność takiego postępowania. W każdym razie nie można było powoływać się w omawianej sytuacji na zasadę zaufania do wiedzy, zdolności czy też rzetelności poprzednika. Nieskuteczność przyjętego sposobu leczenia obalała możliwość powoływania się na tę zasadę i nakazywała konieczność szybkiej zmiany sposobu dotychczasowego leczenia oraz ponownego postawienia diagnozy co do stopnia niebezpieczeństwa zagrażającego życiu kobiety.

Dalszym istotnym zagadnieniem jest to, czy i w jakim stopniu lekarz związany jest koncepcją i sposobem leczenia jedynie dlatego, że podjął ją lekarz bardziej doświadczony lub o wyższym statusie pracownika medycznego (dr medycyny, docent, profesor nadzwyczajny, zwyczajny). Rozwiązanie tej kwestii nie jest bynajmniej łatwe. Teoretycznie rzecz oceniając, lekarz o dłuższym stażu lub o wyższym statusie pracownika medycznego powinien mieć większe możliwości w ustaleniu prawidłowej diagnozy i określeniu sposobu leczenia. Praktycznie jednak sprawa może się przedstawiać zupełnie inaczej. I wtedy powstaje problem, czy i w jakim zakresie rozpoczęty proces leczenia przez pracownika o większym doświadczeniu lub wyższym statusie pracownika medycznego wiąże lekarza, który włącza się do leczenia tylko ze względu na przyjęty społeczny proces pracy, jeżeli nie legitymuje się on ani takim długim doświadczeniem, ani też odpowiednio wysokim stopniem naukowym. W praktyce sądowej była rozstrzygana sprawa, w której lekarza uznano za

winnego nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka dlatego, że obejmując dyżur na oddziale chirurgicznym nie podjął decyzji o wykonaniu ponownej operacji pacjenta, którego przedtem operował na tarczycę lekarz z tytułem docenta. Błąd w konkretnym wypadku polegał na zastosowaniu przez tego ostatniego wadliwych drenów. Otóż fakt, że operacji dokonał docent i w pewnym sensie przełożony lekarza pełniącego dyżur nad chorym operowanym, nie zezwolił lekarzowi dyżurnemu na krytykę sposobu operacji i założenia przez niego nieodpowiednich drenów mimo świadomości konieczności dokonania powtórnego zabiegu operacyjnego. Lekarz dyżurny ograniczył się do zwykłych czynności kontrolujących stan chorego. Do interwencji włączył się dopiero po stwierdzeniu stanu krytycznego, ale decyzja o przeprowadzeniu ponownej operacji była już spóźniona. Przewiezienie chorego do kliniki nie było już w stanie odwrócić negatywnych skutków pierwszej operacji (sprawa rozpatrywana przez S. R. w W. IX Kp 895/77).

Przedstawiony wyżej problem jest niezwykle skomplikowany. Wydaje się, że lekarz obejmujący opiekę nad chorym w czasie dyżuru nie może sam dokonać korektury diagnozy, czy też podjąć decyzji w sprawie ponownego przeprowadzenia operacji. Lekarz pełniący dyżur, jeśli stwierdzi, że diagnoza czy też operacja nie jest w danym wypadku właściwa, powinien swe spostrzeżenia przedstawić temu lekarzowi, który przedtem badał już chorego i powziął pewne decyzje, albo też ordynatorowi oddziału. Podkreślić tu trzeba z naciskiem, że każdy lekarz ma pełne uprawnienia w dziedzinie wykonywania czynności leczniczych i wcale go nie eliminuje od wykonywania czynności korygujących fakt, iż pierwotne decyzje w sprawie chorego podjął lekarz o dłuższym stażu lub wyższym statusie pracownika medycznego. W zakresie wykonywania czynności leczniczych decyduje rzeczywista wiedza i umiejętności, a nie hierarchia tytułów czy doświadczenie, które nie zawsze idą w parze z rzeczywistą wiedzą i zdolnościami. Niezgłoszenie swych spostrzeżeń przez lekarza, obejmującego dyżur w ramach społecznego podziału pracy w służbie zdrowia, co do wadliwości sposobu leczenia sprawia, że lekarz nie wypełnił prawidłowo swego obowiązku w stosunku do pacjenta, będącego pod jego opieką w czasie dyżuru; może to stanowić jedną z przesłanek określających odpowiedzialność karną za pogarszający się stan chorego i za negatywne dalsze skutki w dziedzinie jego zdrowia lub życia.

Układy w zespole pomiędzy lekarzami, jakie powstały ze względu na społeczny podział pracy w służbie zdrowia, mogą wywołać w sprawie zgłaszania uwag na temat postępowania przełożonego podobne opory, jakie istnieją w stosunkach czysto administracyjnych. W tej ostatniej sytuacji pracownik o niższym statusie w hierarchii służbowej może czuć się związany poleceniem przełożonego, mimo że ocenia go w sposób negatywny z punktu widzenia dobrej roboty. W stosunkach administracyjnych pracownicy są jednak związani poleceniami swych przełożonych, a uchybienie temu poleceniu może rodzić dla nich negatywne skutki w dziedzinie prawa pracy. W zespole medycznym nie można jednak przyjąć takiej zależności. W procesie leczenia biorą udział na każdym szczeblu leczenia wykwalifikowani pracownicy, którzy powinni kierować się tylko dobrem pacjenta. Pracownicy ci są zobowiązani do czynienia swych uwag na temat skutków dotychczasowego leczenia, jeżeli nasuwa ono uzasadnione zastrzeżenia i mogłoby być w porę odpowiednio skorygowane.

Powyższe rozważania miały na celu wykazanie, w jaki sposób kształtuje się zakres obowiązku poszczególnego uczestnika zespołu powołanego do wykonywania określonego zadania ze względu na organizację służby zdrowia, specjalizację personelu medycznego i społeczny podział pracy.

4. Drugim ważnym problemem indywidualizującym odpowiedzialność poszczególnego uczestnika zespołu medycznego jest ustalenie, czy zachodzi związek przyczynowy pomiędzy konkretną czynnością (w postaci działania lub zaniechania) a negatywnym skutkiem podpadającym pod przepisy ustawy karnej.

W myśli koncepcji prezentowanej w orzecznictwie Sądu Najwyższego problem związku przyczynowego należy rozstrzygać przez oparcie się na teorii *conditio sine qua non*, znanej w nauce prawa karnego jako teoria warunkowości lub ekwiwalencyjna. Tak więc zgodnie z orzeczeniem SN z dnia 5.VI.1968 r. KR 92/68 („Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 3/1969, str. 356) w sytuacji, gdy leczenie było wadliwe, a w spowodowaniu skutku śmiertelnego współdziałały jeszcze inne przyczyny, nawet niezależne od zachowania lekarza, to okoliczność ta nie rozrywa związku przyczynowego między działaniem lekarza a śmiercią pacjenta. Związek przyczynowy istnieje także wówczas, gdy działanie sprawcy było przynajmniej jednym z warunków, bez którego skutek śmiertelny by nie nastąpił.

W orzeczeniu tym została sformułowana teza, według której problem, czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem poszczególnego uczestnika zespołu medycznego a skutkiem, należy rozwiązywać na podstawie analizy sytuacji wykazującej, jak rozwijałoby się zdarzenie, gdyby w pochodzie przyczyn brakowało zachowania człowieka ocenianego z punktu widzenia odpowiedzialności karnej. Jeżeli mimo braku jego czynności pochod ten rozwijałby się dalej w tym samym kierunku, to zachowanie jego nie jest przyczynowe w stosunku do skutku.

Na tej podstawie odpada odpowiedzialność karna. Jeśli brak jest związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem człowieka a skutkiem, brak jest również podstaw do odpowiedzialności karnej.

Oceniając na tej podstawie zachowanie uczestników zespołu medycznego, którego zadaniem jest wykonanie kroplówki i podłączenie jej do organizmu pacjentów, należy w odniesieniu do czynności każdego z uczestników przeprowadzić następujące rozumowanie: co by było, gdyby lekarz nie zlecił wykonania kroplówki? Na pytanie to łatwo jest udzielić odpowiedzi. Eliminując zachowanie się lekarza, eliminuje się automatycznie dalszy pochod przyczynowy w postaci wydania wadliwych leków, sporządzenia kroplówki z niewłaściwych składników itp. Tak więc pomiędzy zachowaniem lekarza a dalszym rozwojem wydarzeń istnieje związek przyczynowy. Odpowiedzialność lekarza odpada jednak na innej zasadzie. Ustalono bowiem, że czynność jego była przeprowadzona *lege artis*, a zatem nie wkroczyła w teren zakazany przez ustawę karną. Wywołany przez tę czynność związek przyczynowy nie wprowadza zachowania lekarza w orbitę odpowiedzialności karnej.

Podobne pytanie należy postawić w stosunku do każdej następnej czynności ustalonej w pochodzie przyczynowości. A więc co by było, gdyby siostra oddziaływała sprawdziała, jakie wydaje specyfiki do sporządzenia kroplówki. Wykonanie obowiązków przez siostrę oddziałową przesądziłoby o prawidłowym wykonaniu obowiązków przez wszystkich pozostałych uczestników zespołu medycznego. To właśnie jej czynność zapoczątkowała niebezpieczny dla zdrowia pochod przyczynowości. Pytanie to prowadzimy dalej — a więc co by było, gdyby siostra mająca obowiązek sporządzenia kroplówki sprawdziła, jakie uzyskała specyfiki do jej sporządzenia. Odpowiedź także w tym wypadku jest łatwa. Gdyby siostra sporządzająca kroplówkę sprawdziła, jakie otrzymała specyfiki, przerwałaby niebezpieczną więź przyczynową dla człowieka. Potwierdzenie błędu swej poprzedniczki wskutek braku czynności sprawdzającej rzetelność poprzedniego działania jest jednoznaczne z popełnieniem błędu przez osobę, która w ten sposób wkracza w zapoczątkowane już ogniwo związku przyczynowego z kierunkiem w stronę niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjentów. Wreszcie gdyby siostra-uczennica sprawdziła, z jakich spe-

cyfików sporządzona jest kroplówka, mogłaby zatrzymać to niebezpieczne dla życia ludzkiego działanie. Tak się jednak nie stało. W ten sposób czynność siostry-uczennicy stanowiła ostatnie ogniwo niebezpiecznego działania, które spowodowało śmierć pacjentów. Zachowanie się tej siostry-uczennicy było więc też przyczynowe. Powstaje tylko pytanie, czy było ono bezprawne i zawinione.

Ostatnie pytanie z zakresu przyczynowości należy odnieść do czynności lekarza, który zlecił wykonanie kroplówki i sprawdził wykonanie tego zlecenia, wizytując chorych po podłączeniu kroplówki do ich organizmu. Udzielenie odpowiedzi na to pytanie nie jest już takie łatwe. Interwencja lekarska udzielona po kilku następnych minutach okazała się bezskuteczna. Dlatego pytanie: co by było, gdyby lekarz sprawdził, z jakich składników jest sporządzona kroplówka, uzależnione jest po pierwsze od tego, jak dalece zaawansowany był proces zatrucia organizmu chorych przez podłączenie płynu z niewłaściwych składników, a po drugie w stosunku do tego lekarza powstaje zasadnicze pytanie, czy miał on obowiązek wcześniejszego sprawdzenia przez siebie zadania, jakie zlecił zespołowi medycznemu.

Odpowiedź na pierwsze pytanie jest uzależniona od stwierdzenia stopnia zatrucia organizmu w momencie wejścia lekarza do sali chorych. Natomiast kwestia zakresu obowiązku kierownika zespołu sprawdzenia zleconych czynności zespołowi medycznemu została już wyżej omówiona. Z zasad, na których opiera się organizacja i kierowanie pracą zespołu wykwalifikowanego, wynika, że kierownik nie ma obowiązku kontrolowania każdej czynności wykwalifikowanego personelu pomocniczego. Z tego względu brak jest podstaw do formułowania odpowiedzialności karnej za negatywny skutek działania zespołu pomocniczego mimo stwierdzenia, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy jego zachowaniem a skutkiem. Lekarz zlecający wykonanie kroplówki wyspecjalizowanemu zespołowi medycznemu i wykonujący następnie czynność polegającą na sprawdzeniu wykonania tego zlecenia przez ocenę prawidłowości podłączenia kroplówki do żył pacjentów, wykonał prawidłowo swe zadanie. Nie miał on dalszego obowiązku sprawdzenia każdej czynności wyspecjalizowanego zespołu medycznego. Z punktu widzenia organizacji służby zdrowia wprowadzenie takiego obowiązku przekreślałoby sens społecznego podziału pracy, gdyby każdy kierownik musiał rozpoczynać swe działanie od kontroli prawidłowości wszystkich czynności wykonanych przez wyspecjalizowany zespół. Nie oznacza to jednak, że lekarz nie może ponosić odpowiedzialności z innego tytułu (ale nie za wywołanie skutku śmiertelnego), jak np. za wadliwą organizację pracy pomocniczego personelu; wtedy jednak ocena prawna przesunęłaby się z przestępstw przeciwko życiu na przestępstwa służbowe lub na odpowiedzialność tylko dyscyplinarną.

Funkcja związku przyczynowego ma także istotne znaczenie dla określenia odpowiedzialności takiego uczestnika zespołu medycznego, który włącza się tylko do pewnego fragmentu leczenia ze względu na społeczny podział pracy (np. objęcie dyżuru w szpitalu, złożenie wizyty u chorego, który był już poprzednio leczony przez innego lekarza, itp.). Ustalenie w tych warunkach początkowego działania każdego lekarza włączającego się w proces leczenia ma istotne znaczenie. Przyczynowe działanie w stosunku do skutku będzie miało miejsce tylko wówczas, gdy lekarz wstępujący w rozpoczęty proces leczenia przedłużył wadliwość leczenia, potwierdzając błąd poprzednika. Natomiast jeżeli lekarz, włączając się fragmentarycznie w proces leczenia, zauważył i skorygował ten błąd, to brak będzie podstaw do przyjęcia związku przyczynowego między jego zachowaniem a skutkiem. To samo odnosi się do przypadku, gdy korektura błędnego sposobu leczenia nie była już zdolna odwrócić negatywnych zmian wynikłych z błędnego sposobu leczenia lub gdy

została ona odrzucona w następnym etapie leczenia. Płynie stąd wniosek, że istnieje obowiązek ścisłego ustalenia nie tylko faktu uczestniczenia w zespole leczniczym, ale także określenia poszczególnych czynności w łańcuchu przyczynowym doprowadzającym do określonego skutku i w ten sposób zindywidualizowania zakresu odpowiedzialności i kwalifikacji czynu odrębnie w stosunku do każdego uczestnika zespołu.

5. Przechodząc teraz do omówienia podstawy odpowiedzialności karnej uczestnika zespołu medycznego, jaką jest wina, należy stwierdzić, co następuje. Negatywny skutek w zakresie ochrony życia lub zdrowia jest wywołany najczęściej w granicach nieumyślności; nierzadko stanowi on nawet następstwo czynności lekarskiej będącej poza wszelką winą. Wykorzystanie praktyki lekarskiej do popełnienia przestępstwa umyślnego (zabójstwa bądź uszkodzenia ciała) należy do wyjątków.⁹ Do odosobnionych zatem sytuacji należy zaliczyć sprawę, w której lekarka została pociągnięta do odpowiedzialności karnej za zabójstwo, a pielęgniarkę uniewinniono w następującej sytuacji: Bezpośrednio po sztucznie wywołanym przedwczesnym urodzeniu dziecka (w szóstym miesiącu ciąży) lekarka poleciła asystującej jej pielęgniarce owinięcie noworodka w ligninę i umieszczenie go w łazience, w której umieszczano — po spędzeniu płodu — martwe płody. Pielęgniarka nie wykonała jednak tego polecenia i zgłosiła ten fakt ordynatorowi oddziału ginekologicznego. Prokuratura zakwalifikowała czyn lekarki jako nakłanianie do zabójstwa (art. 18 w zw. z art. 148 k.k.). Sąd pierwszej instancji skazał ją nie za podżeganie do zabójstwa zgodnie z kwalifikacją aktu oskarżenia, lecz za narażenie człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia (art. 160 k.k.). Sąd Najwyższy uwolnił lekarkę od odpowiedzialności karnej na zasadzie tzw. czynnego żalu (art. 12 k.k.) ze względu na to, że po wykryciu czynu wykazała wiele troski i umiejętności niezbędnych dla utrzymania dziecka przy życiu (wyrok I K 167/62 z 11.XII. 1963 r.).

Sprawa ta ma dość istotne znaczenie, bo wskazuje na to, że uczestnik zespołu medycznego o niższym statusie pracownika medycznego nie jest związany poleceniem pracownika medycznego o wyższym statusie, jeżeli wykonanie tego polecenia prowadzi do przestępstwa. Sprawa nie zawsze jednak przedstawia się tak jasno, jak w opisanym wyżej przypadku.

Nie należy zapominać, że obecnie lekarze uwikłani są w wiele sytuacji, których jednoznaczna ocena z punktu widzenia prawa jest bardzo trudna. Dotyczy to np. postawy lekarza wobec nieuleczalnie chorej i bardzo cierpiącej osoby (eutanazja — ortotanazja). Obecnie szpital stał się miejscem, w którym umieszcza się ludzi nieuleczalnie chorych i dlatego lekarze bardzo często stoją przed następującym dylematem: czy podtrzymywać wegetatywne życie człowieka, nie rokującego żadnej nadziei na przywrócenie sprawności organizmu, czy też powstrzymać się od tych czynności przedłużających to życie i zezwolić na wcześniejszą śmierć (ortotanazja). Omawiając to zagadnienie w stosunku do podtrzymywania życia potworka, I. Andrejew¹⁰ twierdzi, że nie ma zadowalającego wyjścia innego poza utrzymaniem w mocy zakazu unicestwienia życia każdego człowieka i jednocześnie oportunistycznym przymykaniem oczu na zgodne z sumieniem lekarza wyjątki. Jest to wskazówka praktycystyczna, stawiająca lekarza w jeszcze trudniejszej sytuacji, gdyż w konkretnym wypadku cały problem zostaje przerzucony na jego sumienie, nie

⁹ Umyślne unicestwienie życia człowieka lub jego okaleczenie miało miejsce w czasie okupacji hitlerowskiej. Sprawy te opisywane są w piśmiennictwie lekarskim. Wybór artykułów na ten temat został opublikowany w wydawnictwie pt.: *Okupacja i medycyna. Tom I ukazał się w 1971, II — w 1975, III — w 1977 i IV — w 1979* (Wydawnictwo „Książka i Wiedza” z przedmową prof. dra J. Bogusza).

¹⁰ I. Andrejew: *Polskie prawo karne w zarysie*, PWN 1970, str. 329.

chroniąc go jednocześnie przed surową odpowiedzialnością. W tym ostatnim wypadku wchodziłaby w rachubę kwalifikacja z art. 148 § 1 k.k. ze względu na umyślną winę (świadome godzenie się na śmierć człowieka, któremu ze względu na bezskuteczność leczenia wstrzymano podawanie lekarstw).

Nie można także wyłączyć tu umyślności w postaci zamiaru ewentualnego w sytuacjach, gdy przeprowadza się eksperyment naukowy, w którym pacjent stanowi bardziej przedmiot eksperymentu aniżeli podmiot leczenia i gdy z tego powodu poniesie on uszczerbek na zdrowiu. Zamiar ewentualny w odniesieniu do skutków, które zostały wywołane w zdrowiu człowieka, może mieć miejsce wówczas, gdy lekarzowi (zespołowi lekarzy) tak bardzo zależało na przeprowadzeniu doświadczenia, że nawet przewidywane negatywne skutki, jakie może ponieść człowiek poddany eksperymentowi, nie powstrzymały go od podjęcia czynności wchodzących w zakres eksperymentu.¹¹ Natomiast wykazanie, że lekarz był zbyt ufny w skuteczność swego postępowania i dlatego pochopnie wyeliminował symptomy, wskazujące na niebezpieczeństwo grożące pacjentowi, na korzyść czynników uzasadniających kontynuowanie eksperymentu, uzasadnia jego winę w postaci lekkomyślności. Lekarz będzie wolny od odpowiedzialności wtedy, gdy przeprowadzał eksperyment leczniczy według zasad sztuki eksperymentowania przyjętych w medycynie, a mimo to nie zdołał zapobiec negatywnym zmianom wynikłym z poddania pacjenta eksperymentowi.

Ustalenie procesów psychicznych rozstrzygających o stronie podmiotowej przestępstwa należy do trudniejszych problemów z dziedziny odpowiedzialności karnej. Dotyczy to zwłaszcza nieumyślności zarówno w formie lekkomyślności jak i niedbalstwa. Z tych względów zarówno teoria jak i praktyka omija całe to zagadnienie na rzecz wykazania wymagań, którym powinien sprostać lekarz wykonujący czynności lecznicze.¹² Stąd też w nauce poświęca się wiele miejsca temu problemowi, natomiast procedura umożliwiająca ustalenie czynności psychicznych charakteryzujących umyślność bądź nieumyślność działania jest pomijana.

Jeżeli chodzi o określenie progu tych wymagań jakie się stawia pracownikowi medycznemu, to należy podkreślić, że w nauce prawa karnego nie ma pod tym względem jednolitości. Są zwolennicy określenia maksymalnych wymagań, a więc leczenia człowieka według maksymalnych możliwości, jakie daje lekarzowi wiedza medyczna. Orzecznictwo SN obniża ten wysoki próg do przeciętnych, zwykłych możliwości przy wykonywaniu czynności leczniczych. Zdecydowanym przeciwnikiem tego ostatniego poglądu był J. Sawicki. Jego zdaniem, teoria o przeciętnej bądź normalnej zdolności lekarza, wzorowana na systemie anglosaskim i określona tam jako *reasonable skill* (rozsądna zręczność), a w prawie francuskim jako *habilité moyenne* (przeciętna zręczność), wpływa z koncepcji cywilistycznych i nie powinna być przenoszona na grunt prawa karnego. Teorie te upoważniają do wprowadzenia fikcyjnych kryteriów w postaci tzw. „przeciętnego lekarza”, przy odróżnieniu błędu zawinionego od błędu nie wchodzącego w zakres odpowiedzialności karnej.¹³

Podkreślić tu jednak należy, że wysuwane w doktrynie standardy dla określenia wymagań pod adresem pracownika medycznego w granicach maksymalnych, przeciętnych lub minimalnych zbyt abstrakcyjnie ustosunkowują się do omawianego zagadnienia. W wielu wypadkach nie jesteśmy nawet w stanie udzielić odpowiedzi

¹¹ Na temat istoty zamiaru ewentualnego spotyka się wiele poglądów. Problem ten został szerzej potraktowany w mojej pracy pt.: *Teorie i formy winy w prawie karnym*, Wydawnictwo Prawnicze 1980, str. 200 i dalsze.

¹² Zagadnieniu temu poświęcił wiele uwagi M. Sośniak, a swe rozważania podsumował w pracy pt.: *Należyta staranność*, wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1980.

¹³ J. Sawicki: *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym*, PWN 1965, str. 85 i dalsze.

na pytanie, w jakich granicach lekarz spełnił te wymagania. Natomiast warunek optymalnego rozwiązania danej sytuacji w zależności od tego, jakimi urządzeniami mógł się posługiwać i w jakich warunkach faktycznych podejmował czynność leczniczą, umożliwiła właściwe postawienie omawianego zagadnienia. Czynność wykonana przez lekarza, oceniana abstrakcyjnie tylko z punktu widzenia wiedzy medycznej, może przedstawiać się jako czynność wykonana poniżej minimum wymagań lekarskich, chociaż w danych warunkach była czynnością optymalną. Sytuacja taka zachodzi np. wówczas, gdy operacja jest konieczna, ale brak jest odpowiedniego światła. W tych warunkach opatrunek i przewiezienie do szpitala byłoby rozwiązaniem zgodnym z wiedzą medyczną, chociaż ze względu na konkretne okoliczności (brak transportu) przystąpienie do natychmiastowej operacji w warunkach niedozwolonych z medycznego punktu widzenia było dla pacjenta bardziej korzystne aniżeli powstrzymanie się od czynności leczniczych, a to ze względu na konieczność przewiezienia chorego do szpitala.

Przesunięcie akcentu z czynników psychicznych na abstrakcyjne modele, jakim powinien sprostać człowiek w konkretnym wypadku, wiąże się z koncepcjami na temat winy w prawie karnym. Teoria psychologiczna powstała w okresie względnie liberalizmu i legalizmu. Wymaga ona do przyjęcia winy wykazania stosunku psychicznego (odpowiadającego poszczególnym jej formom) sprawcy czynu zakazanego przez ustawę karną. Trudności dowodowe związane z ustaleniem tych przeżyć doprowadziły do przekształcenia treści winy, uwalniając ją od elementów psychologicznych na korzyść czynników normatywnych. Uczyniono to za pośrednictwem stosunkowo prostego zabiegu, a mianowicie przez wprowadzenie do jej istoty zarzutu czynionego z powodu popełnienia przestępstwa. W tym rozumieniu winien jest nie ten, „kto chciał popełnić czyn zakazany przez prawo karne (teoria psychologiczna), lecz ten, kto nie powinien był chcieć tego czynu”.¹⁴

Zwrot ten spowodował bardzo poważne konsekwencje, zmieniając nie tylko treść i zakres winy, ale przede wszystkim usytuował bezprawność kryminalną na bazie zasad etycznych, moralnych, politycznych, przewartościowując ją odpowiednio do tych pozaustawowych kryteriów. W tym też rozumieniu granica pomiędzy tym, co karalne, a tym co nie podlega karze, uzależniona jest od tego, czy człowiek naruszający normę prawa karnego miał powinność powstrzymania się od czynu wywołującego skutki podpadające pod ustawę karną, czy też nie był taką powinnością obciążony. W okresie gdy siła potępiająca ludzki czyn tkwiąca w bezprawności kryminalnej nie była już tak jednoznaczna, trzeba było sięgnąć po dodatkowy czynnik potępienie to wzmacniający, a przez to oddzielić te grupy osób, które nie zasługują na zarzut ani z punktu widzenia bezprawności, ani winy, mimo że ich czyn wyczerpuje znamiona ustawy karnej, od tych osób, które na zarzut taki zasługują. W wielu bowiem wypadkach dobra chronione przez prawo karne doznają uszczerbku, i to w sposób zwielokrotniony, w ramach wykonywania czynności legalnych. Przykładem tego może być naruszenie równowagi środowiska przez wadliwe zainstalowanie zakładu produkcyjnego w środowisku leśnym. Czyn ten powoduje większe szkody aniżeli wycinanie pojedynczych drzew przez złodziei drzewa.

Podkreślić należy, że naruszona została w ten sposób podstawowa zasada prawa karnego, której początek datuje się od Wielkiej Rewolucji Francuskiej. Zasada ta polega na zagwarantowaniu równej ochrony dóbr w rozumieniu prawa karnego.

¹⁴ Zwolennikiem tej koncepcji jest W. Wolter. Autor ten uważa, że w lapidarnym określeniu stwierdzającym, iż wina polega nie na tym, że sprawca chciał popełnić przestępstwo, ale na tym, że nie powinien był chcieć tego, co było przedmiotem jego woli, usunięto błąd metodologiczny, jakim była obciążona koncepcja winy w ujęciu teorii psychologicznej (W. Wolter: *Prawo karne*, Warszawa 1947, str. 252).

Tak więc przepisy kodeksu karnego w sposób jednoznaczny stwierdzają, że życie człowieka jest chronione w sposób jednakowy, a więc bez względu na jego status obywatelski, społeczny i przydatność społeczną. Tymczasem lekarz w praktyce lekarskiej nie jest w stanie zagwarantować równej opieki i ochrony życia czy zdrowia. Zakres tej ochrony jest uzależniony od czynników pozaustawowych. W ustroju opartym na prywatnej własności środków produkcji o faktycznej ochronie decydują czynniki ekonomiczne; w wielu wypadkach zakwalifikowanie chorego do poszczególnej grupy osób przesądza o specyfice leczenia. W tej ostatniej sytuacji śmierć człowieka w szpitalu, ze względu na niezastosowanie środków leczniczych, które były w zasięgu lekarza, ale które nie były przeznaczone dla tej kategorii osób, do której należał zmarły pacjent, nie obciąża lekarza. Nie powinien on być chcieć zastosować choremu lekarstwa, które nie było przewidziane dla tego chorego. W tych warunkach nie ma podstaw do formułowania tu zarzutu ani z punktu widzenia bezprawności, ani też winy. W myśl tej koncepcji mamy tu rozwiązane także zagadnienie ochrony życia potworków czy nieuleczalnie chorych. Wprawdzie kodeks karny w sposób jednoznaczny stwierdza, że każda istota ludzka (a zatem potworek lub nieuleczalnie chory człowiek) korzysta z ochrony życia (art. 148—150 k.k.), to jednak doktryna prawa karnego zezwala na powstrzymywanie się lekarza od czynności przedłużających życie takiej osobie. W tym też rozumieniu to, czy lekarz powstrzymujący się od czynności leczniczych w tej sytuacji spotka się z zarzutem bezprawności kryminalnej i winy, uzależnione jest od sformułowania pod jego adresem zarzutu z punktu widzenia sprzeniewierzenia się jego powinności lekarskiej, która ma rozstrzygnąć wielki społeczny dylemat na temat leczenia czy nieleczenia osób obciążających społeczeństwo swym życiem.

To samo możemy powiedzieć o ocenie prawnokarnej czynności lekarza dokonującego eksperymentu leczniczego i naukowego nawet bez wiedzy i zgody pacjenta. Jest rzeczą oczywistą, że ze względu na stały postęp wiedzy medycznej istnieje konieczność eksperymentu lekarskiego, a nawet eksperymentu naukowego. Eksperymentów tych dokonuje się na szeroką skalę w ramach metody zwanej *placebo*. Jest to eksperyment, w którym uczestniczy kilka zespołów lekarskich, przy czym lekarze bezpośrednio stykający się z pacjentem, a niejednokrotnie także kierownicy zespołów leczniczych nie wiedzą, że leczeni przez nich chorzy poddani są eksperymentowi. Prawo milczy na temat legalności lub niedozwoloności tego rodzaju praktyk lekarskich, przerzucając całkowicie ocenę odpowiedzialności na ustalenie powinności lekarza w danej sytuacji i na uczynienie mu zarzutu stosownie do naruszenia lub przekroczenia zasad, na których zbudowana jest ta powinność. Nie trzeba głębiej uzasadniać, że w ten sposób zachwiane zostały podstawy prawa karnego, a los człowieka pociągniętego do odpowiedzialności jak i zakres ochrony prawnej dóbr został bardziej uzależniony od pozaustawowych norm etycznych, moralnych, ideologicznych aniżeli od treści zakazów, które wprowadza kodeks karny.

Wydaje się, że metoda ta nie jest do przyjęcia. Posługiwanie się pozaustawowymi kryteriami przy rozstrzyganiu problemu bezprawności i winy w sposób dość dowolny obciąża lub zwalnia od odpowiedzialności pewne grupy ludzi za czyn, który powinien być w sposób jednakowy oceniony ze względu na swą konsekwencję. Dla utrzymania równości prawa w zakresie odpowiedzialności karnej należy tłumaczyć bezprawność kryminalną niezależnie od winy, a jej szerokie granice modelować za pośrednictwem okoliczności wyłączających karalność. W tym też rozumieniu do ustawy (a nie do lekarza) należy rozstrzygnięcie, czy potworek lub osoba nieuleczalnie chora powinny być leczone zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej, również do ustawy

karnej (a nie do lekarza) powinna należeć sprawa wyłączenia lub dopuszczenia eksperymentu lekarskiego i naukowego. W tym ostatnim wypadku ustawa powinna określić znamiona eksperymentu uchylającego karalność zachowania lekarza, który przeprowadza eksperyment, tak jak ma to miejsce w wypadku stanu wyższej konieczności czy obrony koniecznej. Tak zakreślona kryminalna bezprawność czynu zezwala na wyraźniejsze zarysowanie funkcji wina, której treść polega na tym, że sprawca chciał (*dolus directus*) lub godził się (*dolus eventualis*) bądź bezpodstawnie przypuszczał, że skutku uniknie (*luxuria*), albo też nie przewidywał, choć powinien był przewidzieć i miał taką możliwość, że wykonując określoną czynność sprowadzi negatywny skutek (*negligentia*). W tym rozumieniu wina zawsze ogranicza szeroki zakres bezprawności kryminalnej lub następstw wynikających z czynu zakazanego przez ustawę karną. Wina w rozumieniu teorii normatywnej, odbarwiona od czynników psychologicznych, a sprowadzająca się do zarzutu z powodu sprzeniewierzenia się pewnej powinności, jest czynnikiem modelującym oskarżenie i nie spełnia funkcji zacieśniającej zakres strony przedmiotowej, a zwłaszcza strony przedmiotowej przestępstwa nieumyślnego. Wina w ujęciu normatywnym konstituuje — odpowiednio do treści zarzutu — odpowiedzialność i jest w tym układzie bardziej wyznacznikiem bezprawności sformułowanej każdorazowo z punktu widzenia zasad polityki społecznej, medycznej, aniżeli wyznacznikiem stosunku człowieka do czynu zakazanego przez ustawę karną. Przeciwnie, stosunek ten bez korektury jego treści z punktu widzenia zarzutu już nie interesuje prawa karnego.

Dlatego też opowiadam się za klasycznym, tradycyjnym interpretowaniem ustawowych zakazów lub nakazów do działania z wyraźnym określeniem okoliczności wyłączających kryminalną bezprawność, i dopiero w tych ramach rozpatrywać winę w jej psychologicznym wymiarze.

JACEK TRAWCZYŃSKI

WYBRANE PROBLEMY BEZPRAWNEGO ZAWŁADNIĘCIA CYWILNYMI STATKAMI POWIETRZNYMI W POLSCE

Po omówieniu etapów terroryzmu powietrznego (hijackingu) w Polsce autor omawia obecny stan regulacji prawnowewnętrznej i prawnomiędzynarodowej tego zjawiska. Zdaniem jego zjawisko to powinno inspirować systematyczne i wszechstronne opracowania, których rezultatem będzie doprowadzenie do efektywnych rozwiązań prawnych i organizacyjnych porywania samolotów. Najbliższa przyszłość nie przyniesie jednak takich rozwiązań w skali międzynarodowej, dlatego też należy dążyć do ich uzyskania w sferze naszych terytorialnych możliwości.

Historia czynów bezprawnych skierowanych przeciwko bezpieczeństwu lotnictwa cywilnego liczy przeszło pół wieku i korzeniami swymi sięga nieomal zarania regularnej cywilnej komunikacji lotniczej. Pierwszy wypadek uprowadzenia cywilnego statku powietrznego odnotowano w 1930 roku. Wtedy to właśnie grupa rewolucjonistów peruwiańskich opanowała statek powietrzny i nielegalnie opuściła