

Pojęcie „ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” a obowiązek prawny zawiadomienia organów ścigania

Anna Smędra¹, Rafał Kubiak², Jarosław Berent¹

¹Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

²Katedra Prawa Karnego, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki, Polska

Streszczenie

Na lekarzach i innych pracownikach medycznych spoczywa obowiązek prawny wynikający z art. 240 § 1 Kodeksu karnego (k.k.), który nakazuje im zawiadomić organ powołany do ścigania przestępstw (tj. Policję lub prokuraturę) o dokonanym czynie zabronionym, jak również o jego karalnym przygotowywaniu lub usiłowaniu. Wykaz czynów podlegających takiej denuncjacji został podany enumeratywnie, ze wskazaniem numerów artykułów i paragrafów. Wyliczenie to zostało rozbudowane w wyniku nowelizacji k.k. dokonanej 13 lipca 2017 r. W jej wyniku do tego katalogu dodano art. 156 k.k., w którym spenalizowany jest ciężki uszczerbek na zdrowiu. Tym samym czyn ten został objęty prawnym obowiązkiem denuncjacji, który jest w takiej sytuacji ważniejszy niż tajemnica medyczna. Z uwagi na to, że dla lekarza klinicysty rozpoznanie, jakie obrażenia spełniają znamiona ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, może być trudne, autorzy niniejszej pracy szczegółowo omówili wszystkie jego postaci z podaniem konkretnych przykładów, biorąc pod uwagę, że niewykonanie tej powinności jest zagrożone karą pobawienia wolności do lat 3.

Słowa kluczowe: ciężki uszczerbek na zdrowiu, denuncjacja, tajemnica medyczna.

Anestezjologia Intensywna Terapia
2020; 52, 5: 424–430

Otrzymano: 26.02.2020,
zaakceptowano: 08.06.2020

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Anna Smędra, Katedra i Zakład Medycyny Sądowej,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Sędziowska 18A,
91-304 Łódź, Polska, e-mail: karolanka@wp.pl

TAJEMNICA MEDYCZNA A OBOWIĄZEK DENUNCJACJI

Pracownicy medyczni, a zwłaszcza lekarze, są związani tajemnicą medyczną. Niekiedy jednak informacje, które posiadają, mogą mieć kluczowe znaczenie dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a pośrednio mogą uchronić życie lub zdrowie innych osób zagrożonych przestępstwem. Dlatego też mogą być zobowiązani do wyjawienia sekretu medycznego poprzez przekazanie określonych wiadomości organom powołanym do ścigania przestępstw lub wymiaru sprawiedliwości. Jest to tzw. obowiązek denuncjacji, czyli zawiadomienia o ujawnionym czynie zabronionym. Powinność ta ma uniwersalne znaczenie i spoczywa na każdym, ale w przypadku lekarzy nabiera szczególnego znaczenia. Po pierwsze dlatego, że ze względu na profil swej działalności mogą oni wykryć popełnienie czynu zabronionego. Dotyczy to głównie przestępstw przeciwko życiu lub zdrowiu, które mogą być ujawnione przez lekarza udzielającego ich ofierze pomocy medycznej. Z taką sytuacją mogą się spotkać przede wszystkim lekarze wykonujący czynności zawodowe na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Po drugie zaś dlatego, że – jak wspomniano – wyjawienie danych może łączyć się z naruszeniem tajemnicy medycznej. To z kolei może prowadzić do

wielopłaszczyznowej odpowiedzialności lekarza (cywilnej, karnej i zawodowej). Musi on zatem szczególnie precyzyjnie przestrzegać warunków legalności wyjawienia sekretu i przekazać organom powołanym do ścigania przestępstw informacje tylko o tych czynach zabronionych, które są objęte ustawowym obowiązkiem denuncjacji. W tym miejscu należy zaznaczyć, że w doktrynie wyróżnia się dwa rodzaje tej powinności: prawną i społeczną. Ta pierwsza jest zabezpieczona sankcjami. Innymi słowy, niewykonanie tego obowiązku pociąga za sobą konsekwencje karne. Uznaje się, że powinność ta wyprzedza tajemnicę medyczną. Lekarz musi zatem przekazać informacje Policji lub prokuraturze, nie bacząc na dyskrecję, a więc nawet wówczas, gdy pacjent nie upoważnia go do tego, a nawet gdy mu tego wyraźnie zabrania. W przeciwnym bowiem wypadku lekarz może odpowiadać karnie za niezłożenie zawiadomienia. Natomiast obowiązek społeczny ma wymiar jedynie obywatelski, moralny. Jego niewykonanie nie powoduje sankcji, ustępuje on zatem przed tajemnicą medyczną. Lekarz, chcąc jednak spełnić tę powinność, musi usprawiedliwić wyjawienie sekretu dodatkowymi okolicznościami i powołać się na któryś z wyjątków pozwalających na naruszenie tajemnicy, ujętych w szczególności w art. 40

ust. 2 i 3 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry [1, 2]. Z wywodu wynika, że istotniejszy jest prawny obowiązek denuncjacji. Podstawowym przepisem, który go kreuje, jest art. 240 § 1 k.k. Nakazuje on zawiadomić organ powołany do ścigania przestępstw (tj. Policję lub prokuraturę) o dokonanym czynie zabronionym, jak również o jego karalnym przygotowywaniu albo usiłowaniu. Należy jednak podkreślić, że wykaz tych czynów został podany enumeratywnie, ze wskazaniem numerów artykułów i paragrafów. Tylko zatem te przestępstwa podlegają denuncjacji. Wyliczenie to zostało rozbudowane w wyniku nowelizacji k.k. dokonanej 13 lipca 2017 r. (nowela wprowadzona Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz ustawy – Kodeks postępowania karnego, Dz. U. poz. 773). W jej wyniku do katalogu tego dodano art. 156 k.k., w którym spenalizowany jest ciężki uszczerbek na zdrowiu – tym samym czyn ten został objęty prawnym obowiązkiem denuncjacji. W tym kontekście należy poczynić kilka uwag porządkowych. Po pierwsze, zawiadomieniu podlega zarówno umyślna, jak i nieumyślna odmiana tego czynu (co ma znaczenie np. w przypadku ujawnienia błędu medycznego powodującego tego typu uszczerbek). Po drugie, denuncjacji podlega czyn bez względu na to, kto jest jego ofiarą, a zatem zarówno gdy jest to osoba małoletnia, jak i pełnoletnia. Po trzecie, omawiany obowiązek ogranicza się jedynie do wspomnianego przestępstwa i nie obejmuje innych czynów powodujących ciężki uszczerbek na zdrowiu. Zagadnienie to jest wyraźnie widoczne choćby na przykładzie pobicia prowadzącego do takich następstw. Przystępstwo to zostało spenalizowane w art. 158 § 2 k.k., przepis ten nie został zaś wymieniony w katalogu czynów zabronionych, o których mowa w art. 240 § 1 k.k. Pobicie nie podlega więc prawnej denuncjacji. Z perspektywy lekarza może to nastęzczać trudności w ocenie. Warto bowiem wyjaśnić, czym różni się pobicie z omawianym skutkiem od ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 156 k.k. Konstrukcję pobicia objaśnił Sąd Najwyższy, który wskazał, że pojęcie to „oznacza czynną napaść dwóch lub więcej osób na jedną osobę albo grupy osób na inne osoby, przy czym w tym ostatnim wypadku cechą charakterystyczną jest przewaga osób napadających nad napadniętymi” [3]. W uproszczeniu można zatem przyjąć, że w przypadku ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, spenalizowanego w art. 156 k.k., występuje konfiguracja dwuosobowa, w której jedna osoba jest atakowana przez drugą. Natomiast pobicie zakłada układ co najmniej 3 osób i przewagę jednej ze stron. W praktyce lekarz pracujący np. na SOR może mieć

trudności w ustaleniu, czy uraz odniesiony przez pacjenta jest wynikiem działania jednej osoby (a zatem czyn można kwalifikować na podstawie art. 156 k.k.) czy wielu osób (co wskazywałoby na pobicie). Na tym przykładzie można łatwo dostrzec niespójność omawianej regulacji. Ustalenia w tym zakresie są istotne, gdyż jeśli lekarz błędnie zakwalifikuje dany czyn i powiadomi o ciężkim uszczerbku na zdrowiu, a będzie on następstwem czynu niepodlegającego prawnej denuncjacji (czyli np. pobicia), to w sposób niedozwolony ujawni tajemnicę medyczną. To zaś może prowadzić do odpowiedzialności cywilnej i zawodowej (wątpliwa jest natomiast odpowiedzialność karna). Lekarz powinien więc skrupulatnie ocenić sytuację, by nie popełnić w tym zakresie pomyłki (zagadnienie to będzie dokładniej przedstawione w dalszej części opracowania). Kluczowe jest zatem scharakteryzowanie przestępstwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, stypizowanego w art. 156 k.k. Należy bliżej przyjrzeć się znamionom tego czynu. Jeśli bowiem lekarz oceni, że taka sytuacja miała miejsce – jak już wspomniano – ma obowiązek zawiadomienia. Nie jest to błaha powinność, gdyż jej niewykonanie jest zagrożone karą do 3 lat pozbawienia wolności. W dalszej części artykułu zostanie więc przedstawiona egzegeza art. 156 § 1 k.k., z uwzględnieniem zapatrywań medycyny sądowej i doktryny prawniczej. W pracy zostaną zaś pominięte inne czyny, których następstwem może być ciężki uszczerbek na zdrowiu, gdyż nie są one objęte omawianym prawnym obowiązkiem zawiadomienia, ich analiza wykraczałaby więc poza ramy artykułu (np. spowodowanie wypadku komunikacyjnego – art. 177 § 2 k.k., spowodowanie niebezpieczeństwa powszechnego – art. 163 § 3 i 4 k.k.).

RODZAJE USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Obowiązujący w Polsce k.k. przyjmuje **trójstopniowy podział uszczerbków na zdrowiu** w zależności od przemijających i trwałych skutków doznanego urazu [4–6].

Wyróżnia się **lekki, średni i ciężki uszczerbek na zdrowiu**, przy czym należy podkreślić, że pojęcia te muszą być rozumiane zgodnie z rozumieniem języka prawniczego, a nie języka medycznego. Innymi słowy, pod pojęciem każdej z tych postaci uszczerbku należy rozumieć to, co wynika z odpowiedniego przepisu k.k., a nie to, co mogłoby się wydawać na podstawie wiedzy i doświadczenia lekarza klinicysty. Może to niekiedy rodzić wątpliwości, gdyż rozumienia prawnicze i medyczne są często dość odległe od siebie, a poza tym samo rozumienie prawnicze (czyli dokonujące interpretacji norm prawnych, a zatem będące tylko pewną nadbudową do języka tych norm) nie zawsze jest jednoznaczne.

Pod pojęciem **urazu** należy rozumieć działanie szkodliwego czynnika (mechanicznego, elektrycz-

nego, termicznego, chemicznego, biologicznego i innych), którego końcowym następstwem jest uszkodzenie ciała, naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia. Wymienione skutki urazu często współlistnieją. Należy zwrócić uwagę, że nie tylko w języku potocznym, lecz także w języku medycznym słowo „uraz” jest często stosowane zamiennie ze sformułowaniem „uszkodzenie ciała”. **Naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia** to wywołanie w narządzie, układzie bądź całym organizmie takich zmian, które zakłócają w realnym, a nie tylko śladowym stopniu jego normalne czynności. Naruszenie lub rozstrój mogą wynikać ze spowodowanych danym urazem uszkodzeń ciała, mogą też być bezpośrednimi skutkami samego urazu (zmiany czynnościowe bez uchwytanych zmian anatomicznych). W praktyce rozróżnienie między naruszeniem czynności narządu ciała a rozstrojem zdrowia nie ma większego znaczenia.

Pojęcia **lekkiego i średniego uszczerbku na zdrowiu** nie występują dosłownie w k.k., ale przyjmuje się, że jest to grupa stanów opisanych w art. 157 k.k. stanowiącym: „§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 2 lub 3, jeżeli naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwały dłużej niż 7 dni, odbywa się z oskarżenia prywatnego, chyba że pokrzywdzonym jest osoba najbliższa zamieszkująca wspólnie ze sprawcą. § 5. Jeżeli pokrzywdzonym jest osoba najbliższa, ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na jej wniosek”. Jak wynika z konstrukcji tego artykułu, lekkim i średnim uszczerbkiem na zdrowiu będą wszelkie te stany, gdzie pojawiło się naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, ale nie doszło do wystąpienia żadnej postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Czynnikiem rozgraniczającym lekki i średni uszczerbek jest czas trwania naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia. Żadne inne okoliczności nie mogą być brane pod uwagę w tej kwestii. W szczególności nieistotny jest czas gojenia się uszkodzeń ciała, czas trwania dolegliwości bólowych, czas przebywania w szpitalu lub czas niezdolności do pracy.

Przykładem obrażeń prowadzących do **lekkiego uszczerbku na zdrowiu** są np. otarcia naskórka, sińce, rany gojące się w sposób prawidłowy, a przykładem

obrażeń prowadzących do **średniego uszczerbku na zdrowiu** – np. stłuczenia dużych stawów uniemożliwiający prawidłowe funkcjonowanie kończyny przez ponad tydzień, pęknięcie błony bębenkowej, głuchota jednostronna, utrata jednego jądra, utrata funkcjonalnego zdrowego zęba bądź też rany okolic o fizjologicznie dużej ruchomości gojące się w powikłany sposób (np. ropiejące).

Ciężki uszczerbek na zdrowiu to grupa stanów opisanych w art. 156 k.k. stanowiącym: „§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3. § 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 5, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności”. Jak wynika z konstrukcji tego artykułu, ciężki uszczerbek na zdrowiu może mieć kilkanaście różnych postaci: cztery wymienione kazuistycznie w § 1 pkt 1 i siedem określonych w bardziej ogólny sposób w § 1 pkt 2. Postaci te mogą występować odrębnie, np. skutkiem danego zdarzenia może być tylko choroba realnie zagrażająca życiu, bądź łącznie, np. skutki danego zdarzenia mogą jednocześnie pozbawiać człowieka wzroku i powodować całkowitą trwałą niezdolność do pracy w zawodzie. Ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu będzie taki stan, gdy u pokrzywdzonego wystąpi co najmniej jedna postać wymieniona w art. 156 k.k. Cechą charakterystyczną wszystkich (poza dwoma) postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest trwałość i nieodwracalność skutków. Należy podkreślić, że dla przyjęcia kwalifikacji którejś z siedmiu postaci wymienionych ogólnie w § 1 pkt 2 ich dolegliwość musi być porównywalna z tymi wymienionymi kazuistycznie w § 1 pkt 1.

Pozbawienie człowieka wzroku to obuoczna utrata zdolności widzenia. Dotyczy to zarówno sytuacji, gdy ostrość wzroku obu oczu jest zerowa, ale też sytuacji, gdy dana osoba ma tylko zachowane poczucie światła bez możliwości rozróżniania kształtów lub odległości oraz gdy ostrość wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jest mniejsza niż 0,02 prawidłowego widzenia. Utrata możliwości widzenia może być skutkiem uszkodzenia gałek ocznych, nerwów wzrokowych lub ośrodków w mózgowiu odpowiedzialnych za przetwarzanie obrazów (np. w wyniku stłuczenia mózgu).

Pozbawienie człowieka słuchu to całkowita obustronna głuchota oznaczająca brak możliwości słyszenia i rozumienia mowy. Utrata możliwości słyszenia jest zazwyczaj związana z uszkodzeniem kości podstawy czaszki (uszkodzenie ucha środkowego i wewnętrznego) lub ośrodków w mózgowiu odpowiedzialnych za przetwarzanie wrażeń słuchowych.

Pozbawienie człowieka mowy jest całkowitą utratą zdolności mówienia albo taką utratą tej zdolności, która powoduje, że mowa jest niezrozumiała dla otoczenia. Tego typu uszczerbek może wystąpić, gdy dojdzie do uszkodzenia krtani, jamy nosowo-gardłowej, języka lub też ośrodków mowy w mózgowiu.

Pozbawienie zdolności płodzenia inaczej rozpatruje się w przypadku mężczyzny i kobiety. U kobiet oznacza ona brak możliwości odbycia stosunku płciowego, brak możliwości zapłodnienia, np. wskutek utraty macicy, jajowodów lub jajników, oraz takie zmiany, które uniemożliwiają donoszenie ciąży. Jeśli dojdzie do obrażeń, które uniemożliwiają urodzenie dziecka drogami i siłami natury, to nie stanowią one utraty zdolności płodzenia (można wykonać cięcie cesarskie). Należy również wspomnieć o tym, że inaczej się ocenia kobiety w zależności od ich wieku. Jeśli dojdzie do wymienionych obrażeń, gdy kobieta naturalnie nie ma już możliwości płodzenia (okres przekwitania/menopauzy/klimakterium), nie kwalifikuje się ich jako pozbawienie zdolności płodzenia (nie można utracić czegoś, czego się nie ma). U mężczyzn pozbawienie możliwości płodzenia jest związane z brakiem możliwości odbycia stosunku płciowego oraz brakiem możliwości zapłodnienia, np. wskutek utraty albo uszkodzenia jąder.

Inne ciężkie kalectwo to zupełne zniesienie albo bardzo znaczne ograniczenie czynności narządu lub układu, które w istotny sposób zmniejsza ogólną sprawność danej osoby. Przykładem tego typu uszkodzeń będzie np. utrata ręki, kciuka, stopy, zeszywnienie dużego stawu, ale też takie organiczne uszkodzenie układu nerwowego, które właśnie istotnie zmniejsza ogólną sprawność. W przypadku utraty jednego organu z organów parzystych sytuacja nie jest jednoznaczna. Wszystko zależy od tego, jak po takiej utracie funkcjonuje organizm. Jeżeli drugi narząd przejmie funkcję utraconego i nie dojdzie do istotnego zmniejszenia ogólnej sprawności, to innego ciężkiego kalectwa nie będzie można wykazać. Tak będzie np. w przypadku utraty jednego jądra. Podobnie jest w sytuacji, gdy dojdzie do jednostronnej głuchoty, gdyż nie jest to stan, który istotnie zaburzałby funkcjonowanie danej osoby. Natomiast utrata albo uszkodzenie jednego oka bez wątpliwości powoduje takie istotne zaburzenie, gdyż ogranicza pole widzenia i znosi widzenie

stereoskopowe. Podobnie wystąpienie innego ciężkiego kalectwa spowoduje utratę jednego płuca.

Ciężka choroba nieuleczalna to choroba będąca jednocześnie ciężką i nieuleczalną. Przez ciężkość rozumie się tutaj obłożność lub stan równoważny, a przez nieuleczalność sytuację, gdy na podstawie wiedzy i doświadczenia lekarskiego w aktualnym stanie wiedzy dochodzi się do wniosku, że nie ma nadziei na wyleczenie. Przykładem takiej choroby jest uszkodzenie obu nerek wymagające dializoterapii.

Ciężka choroba długotrwała to choroba będąca jednocześnie ciężką i długotrwałą. Przez ciężkość rozumie się tutaj również obłożność lub stan równoważny, a przez długotrwałość sytuację, gdy schorzenie co prawda rokuje poprawę, ale ciężkie naruszenie funkcji organizmu lub rozstrój zdrowia trwają dłużej niż 6 miesięcy, np. niektóre przypadki złamań kręgosłupa lub miednicy. Jest to jedna z dwóch postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdzie nie występuje trwałość i nieodwracalność skutków, a jedynie wspomniana długotrwałość.

Trwała choroba psychiczna jako postać kodeksowego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu była dotąd definiowana jako trwałe i nieodwracalne zaburzenie psychiczne w następstwie np. organicznego uszkodzenia układu nerwowego. W świetle wprowadzonej obecnie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 [7], w której zrezygnowano już z pojęcia „choroby psychicznej” (podobnie jak to zrobiono wcześniej w amerykańskiej klasyfikacji DSM-5 [8]), ta postać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest już anachronizmem i należy w takich sytuacjach rozważyć raczej wystąpienie innej jego postaci – innego ciężkiego kalectwa.

Całkowita albo znaczna trwała niezdolność do pracy w zawodzie to pozbawienie człowieka możliwości wykonywania zawodu, który jest objęty jego kwalifikacjami, a nie jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Musi być ona trwała i całkowita albo znaczna. W tym przypadku skutki urazu zależą ściśle od wykonywanego zawodu, np. jednostronna głuchota nie będzie w tym sensie tak samo dolegliwa dla sprzedawcy jak dla kierowcy zawodowego bądź motorniczego. Dla kierowcy zawodowego albo motorniczego taka jednostronna głuchota oznacza koniec pracy w dotychczasowym zawodzie [9], natomiast w przypadku sprzedawcy nie wpłynie w większym stopniu na możliwość wykonywania przez niego zawodu.

Trwałe istotne zeszczenie lub zniekształcenie ciała to postać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu odwołująca się do znamion estetycznych. Zeszczenie ciała polega na wywołaniu zmian zewnętrznych na ciele, które stoją w sprzeczności z powszechnie przyjmowaną estetyką ciała. Zniekształcenie ciała polega natomiast na wywołaniu zmian w jego

anatomicznym kształcie. Zarówno zeszpecenie, jak i zniekształcenie ciała muszą być trwałe oraz istotne. W tego typu przypadkach należy zawsze rozważyć dolegliwość danego zeszpecenia lub zniekształcenia. Wymieniając kolejne rodzaje ciężkiego uszczerbku, ustawodawca uznał je za równoważne. W przypadku wątpliwości, czy np. dane zeszpecenie stanowi ciężki uszczerbek na zdrowiu czy nie, należy – jak już wcześniej wspomniano – odnieść je do innych postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, szczególnie tych wymienionych kazuistycznie w art. 156 § 1 pkt 1 k.k., i zastanowić się, czy ich dolegliwość jest porównywalna. Dla przykładu, blizna na policzku o długości np. 3 cm, choć dla danej osoby może być dramatem życiowym, obiektywnie nie stanowi takiej samej dolegliwości jak np. utrata możliwości widzenia lub utrata funkcji ręki.

Choroba realnie zagrażająca życiu to druga i ostatnia postać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, dla której nie występują trwałe i nieodwracalne skutki. Musi natomiast wystąpić realne, czyli rzeczywiste zagrożenie życia. Innymi słowy, musi to być stan z pogranicza życia i śmierci, w którym w każdej chwili można spodziewać się zgonu. Przykładowo, chorobą realnie zagrażającą życiu będzie masywny krwotok z wtórnie rozwiniętym wstrząsem, obrażenia klatki piersiowej z odmą prężną, obrażenia śródczaszkowe z wtórnym obrzękiem mózgu, rany serca przebiegające z tamponadą worka osierdziowego, rany brzucha z wtórnym zapaleniem otrzewnej. W takich stanach organizm niewątpliwie balansuje pomiędzy życiem a śmiercią i nawet prawidłowa interwencja lekarska niejednokrotnie nie pozwala na uratowanie chorego. Oczywiście, to balansowanie między życiem a śmiercią musi wynikać z obiektywnego stanu pacjenta, a nie tylko z postawionego literalnie rozpoznania.

DYSKUSJA

Jeśli lekarz lub inny pracownik medyczny ujawni dokonanie albo usiłowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (ewentualnie innego czynu zabronionego wskazanego w art. 240 § 1 k.k.), jest zobligowany do zawiadomienia organów powołanych do ścigania przestępstw. Przy czym obowiązek ten powstaje jedynie wówczas, gdy informacja o czynie zabronionym jest „wiarygodna”. Kodeks karny nie definiuje tego pojęcia. W literaturze sugeruje się, by dla oceny owej wiarygodności zastosować mieszane kryterium obiektywno-subiektywne. Ten pierwszy element wystąpi, gdy posiadane dowody uprawdopodobniają możliwość popełnienia czynu, tj. w ocenie przeciętnego człowieka można przyjąć, że czyn miał miejsce. Z kolei warunek subiektywny jest zrealizowany, gdy u denuncjatora wystąpi wewnętrzne przekonanie o fakcie popeł-

nienia czynu i występowaniu potwierdzających ten fakt dowodach [10]. Istnieje zatem obiektywny dowód czynu zabronionego oraz treść wiadomości wzbudza przekonanie, że czyn faktycznie został popełniony [11]. Lekarz nie jest jednak zobligowany do dokładnego sprawdzania tej wiadomości, w efekcie może zatem przekazać także informację nieprawdziwą [12], która zostanie ostatecznie zweryfikowana przez organy powołane do ścigania przestępstw. W takiej sytuacji nie poniesie odpowiedzialności za występki fałszywego zawiadomienia o przestępstwie spenalizowany w art. 238 k.k. (czyn ten wymaga bowiem umyślności, a zatem świadomości, że przekazywana informacja jest nieprawdziwa, a sprawca wie, że czynu faktycznie nie popełniono). Lekarz nie odpowie również wówczas, gdy jest przeświadczony, że informacja nie jest wiarygodna, i na tej podstawie zaniecha zawiadomienia, a zaistniałe okoliczności dawały mu podstawy do takiej oceny (np. lekarz nie jest w stanie ustalić, czy obrażenia, które odniósł pacjent, są wynikiem zachowania osób trzecich czy nieszczęśliwego wypadku) [13].

W tym miejscu warto rozważyć sytuację, gdy lekarz zawiadomi Policję lub prokuraturę i w ten sposób ujawni tajemnicę medyczną, okaże się natomiast, że nie miał ku temu podstaw (np. błędnie oceni, że wystąpił ciężki uszczerbek, a w rzeczywistości był to tylko niepodlegający denuncjacji średni uszczerbek na zdrowiu). W takiej sytuacji nie poniesie odpowiedzialności za występki ujawnienia tajemnicy zawodowej (w tym medycznej) spenalizowany w art. 266 § 1 k.k. Jest to bowiem przestępstwo umyślne. Sprawca musi zatem zdawać sobie sprawę, że bezprawnie wyjawia dane poufne. Lekarz w analizowanym przypadku był zaś przeświadczony, że jego działania są legalne. Nie jest natomiast wykluczona odpowiedzialność cywilna, głównie na podstawie art. 4 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [14]. Według tego przepisu pacjent może domagać się zadośćuczynienia pieniężnego w sytuacji zawinionego naruszenia prawa pacjenta, w tym do zachowania tajemnicy medycznej. Regulacja ta nie wymaga umyślności, wystarczająca jest zatem wina nieumyślna, która może przejawiać się w tzw. niedbalstwie. To zaś polega na nieprzebrzeżeniu profesjonalnej staranności. Oceny w tym zakresie dokonuje się na podstawie tzw. modelu dobrego lekarza, znajdującego się w sytuacji, w której pozostawał faktyczny lekarz. Rozważa się, jak w danych okolicznościach zachowałby się profesjonalista dochowujący swych obowiązków zawodowych i korzystający ze swej wiedzy fachowej. Wszelkie odstępstwa *in minus* od takiego wzorca mogą być uznane za niedbalstwo, a w konsekwencji prowa-

dzić do odpowiedzialności cywilnej. Odnosząc te ustalenia do omawianej sytuacji, lekarz mógłby odpowiadać, jeśli zbyt pochopnie podjąłby decyzję o zawiadomieniu, nie sprawdzwszy okoliczności, choćby bez wstępnej weryfikacji swoich podejrzeń i ocen (np. poprzez konsultację z innym pracownikiem medycznym co do stopnia uszczerbku). *A contrario*, odpowiedzialność nie powstanie, jeśli lekarz wykaże się profesjonalną starannością, czyli posiłkując się wiedzą medyczną i dokładną oceną okoliczności, dojdzie do uzasadnionego przekonania, że miało miejsce popełnienie przestępstwa opisanego w art. 156 k.k.

Ponadto możliwa jest też odpowiedzialność przed sądem lekarskim za tzw. przewinienie zawodowe w rozumieniu art. 53 Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich [15]. Przepis ten stanowi, że „członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza”. Przy orzekaniu w takich sprawach stosuje się rozwiązania wynikające z prawa karnego. W szczególności więc lekarzowi należy udowodnić winę. Przypisanie jej następuje z uwzględnieniem indywidualnych możliwości uniknięcia popełnienia czynu przez sprawcę. Innymi słowy, czy był w stanie nie naruszyć prawa. Jeśli z okoliczności będzie wynikało, że w konkretnej sytuacji lekarz nie mógł uniknąć pomyłki w ocenie stanu pacjenta, to jego ewentualny błąd w tym zakresie nie jest zawiniony, a zatem nie poniesie odpowiedzialności. Okolicznościami usprawiedliwiającymi mogą być np. pilność sytuacji, nawał pracy, konieczność zajmowania się wieloma pacjentami itp. Analiza tych wszystkich uwarunkowań pozostaje jednakże w gestii rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a następnie sądu lekarskiego.

Jeśli lekarz posiada wiarygodną informację o spowodowaniu ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, powinien ją przekazać niezwłocznie organom powołanym do ścigania przestępstw. Pojęcie „niezwłocznie” występuje dość często w prawie. Z semantycznego punktu widzenia termin ten oznacza „bez zwłoki, bez zwlekania, od razu, natychmiast, bezzwłocznie”, „w jak najkrótszym czasie” [16]. Denuncjator powinien więc wykonać swój obowiązek od razu po uzyskaniu wiarygodnej wiadomości o popełnieniu czynu. Może opóźnić zawiadomienie tylko wtedy, gdy jest to uzasadnione istotną przeszkodą, np. lekarz po zbadaniu pacjenta i ustaleniu, że doszło do ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w pierwszej kolejności jest zobligowany do niesienia pomocy medycznej. Dopiero po jej udzieleniu może powiadomić organy powołane do ścigania przestępstw o swych spostrzeżeniach co do popełnienia czynu.

W art. 240 § 1 k.k. nie wskazano zakresu informacji, które powinny być przekazane. W literaturze wyjaśnia się, że wystarczające jest powiadomienie tylko o tych faktach, które uzasadniają przekonanie o popełnionym czynie. W szczególności więc lekarz nie musi informować o sprawcy czynu i innych okolicznościach jego popełnienia (najczęściej zresztą nie posiada takiej wiedzy) [17]. Podobnie zagadnienie to postrzegane jest w orzecznictwie. Sąd Najwyższy poinstruował bowiem, że „obowiązek denuncjatora winien być traktowany jako powinność poinformowania o konkretnym zdarzeniu, o którym organy ścigania jeszcze nie wiedzą, czyli jako nakaz zawiadomienia o zaistnieniu samego «faktu», co powinno «uruchomić ściganie», ewentualnie zapobiec dokonaniu. Nie można utożsamiać obowiązków denuncjatora z obowiązkiem świadka. Ten ostatni wszak powinien zeznać wszystko, co mu wiadomo, niczego nie zatajając” [18].

Z omawianej powinności lekarz jest zwolniony tylko wówczas, gdy miał dostateczną podstawę do przypuszczenia, że organy powołane do ścigania przestępstw już powzięły informację na temat danego przestępstwa. Przykładowo, Policja była na miejscu zdarzenia, a wręcz sama przywiozła pacjenta, ewentualnie lekarz dostrzeża, że inna osoba z personelu medycznego powiadomiła już te organy. W takim wypadku zbędne jest multiplikowanie zawiadomień. Nie zwalnia natomiast z omawianej powinności przekazanie informacji innym podmiotom niż powołane do ścigania przestępstw. Obowiązek nie będzie więc wykonany, jeśli lekarz przekaze swe spostrzeżenia zwierzchnikowi, np. ordynatorowi, kierownikowi kliniki, licząc, że podmioty te zawiadomią Policję. Nie jest też wystarczające powiadomienie sądu opiekuńczego, opiekuna albo kuratora pacjenta, organu pomocy społecznej itp. Przepisy nie określają formy zawiadomienia. Może ono więc nastąpić pisemnie albo ustnie do protokołu.

WNIOSKI

Biorąc pod uwagę stosunkowo surowe sankcje za niewykonanie omawianego obowiązku, lekarze powinni skrupulatnie ocenić, czy mają do czynienia z ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu spowodowanym czynem zabronionym, niezależnie od rodzaju zdarzenia, które do niego doprowadziło. Jeśli informacja taka jest wiarygodna, powinni dokonać denuncjacji, nie bacząc na tajemnicę medyczną, choć pomyłka w ocenie może skutkować inną niż karna odpowiedzialnością lekarza za jej wyjawienie.

Należy jednak zwrócić uwagę, że kwestia oceny karnoprawnej skutków urazów jest domeną lekarzy specjalistów medycyny sądowej, a nie lekarzy klinicyistów. Dlatego też, pomijając zupełnie oczywiste przypadki, ustalenie, czy w danej sytuacji doszło do

zrealizowania znamion przestępstwa z art. 156 k.k. czy nie, jest zupełnie poza zasięgiem lekarza klinicyisty [19]. Wprowadzenie obowiązku denuncjacji w przypadku art. 156 k.k. należy więc ocenić jako trudne do zrealizowania w praktyce (patrz wyżej) i niedostatecznie przemyślane [20].

PODZIĘKOWANIA

1. Źródła finansowania: brak.
2. Konflikt interesów: brak.

PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.
2. Kubiak R. Tajemnica medyczna. C.H. Beck, Warszawa 2015; 113-137.
3. Wyrok z dnia 23 grudnia 1971 r., sygn. akt: IV KR 194/71, OSNKW 1972/6/98.
4. Popielski B, Walczyński J. Ocena sądowo-lekarska uszkodzeń ciała i rozstrojów zdrowia w postępowaniu karnym. W: Medycyna sądowa. Popielski B, Kobiela J (red.). PZWL, Warszawa 1972; 185-207.
5. Berent J, Śliwka K. Ewolucja pojęcia „naruszenia nietykalności cielesnej” w kolejnych kodeksach karnych. Arch Med Sądowej Kryminol 1997; 47: 209-216.
6. Berent J, Śliwka K. Ewolucja pojęcia „choroby zagrażającej życiu” w kolejnych kodeksach karnych. Arch Med Sądowej Kryminol 1997; 47: 283-292.
7. International Classification of Diseases 11th Revision. Dostępne na: <https://icd.who.int/en/> (Access: 21.05.2020).
8. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®. Wydanie polskie. Gałecki P i wsp. (red.). Wydawnictwo EDRA Urban & Partner, Wrocław 2018.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców. Dz. U. z 2019 r. poz. 1659.
10. Cora S. Z problematyki zawiadomienia o przestępstwie. Gdańskie Studia Prawnicze 2003; 11: 273.
11. Kunicka-Michalska B. Przesłpstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości. W: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, t. 2. Wąsek A (red.). Warszawa 2004; 214.
12. Augustynowicz A, Wrześniewska-Wal I. Zawiadomienie przez lekarza o popełnieniu przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności a obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. PiM 2013; 3-4: 112.
13. Zgoliński I. Przesłpstwa przeciwko wymiarowi sprawiedliwości. W: Kodeks karny. Komentarz. Konarska-Wrzesek V (red.). Warszawa 2016; 1062.
14. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. z 2020 r. poz. 849.
15. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.
16. Dubisz S. Wielki słownik języka polskiego. PWN, Warszawa 2018; 1253.
17. Wróbel W, Wojtaszczyk A, Zontek W. Niedoniesienie o poważnym czynie karalnym. W: System prawa karnego, t. 8. Przesłpstwa przeciwko państwu i dobrom zbiorowym. Gardocki L (red.). Warszawa 2013; 653.
18. Wyrok z dnia 12 października 2006 r., IV KK 247/06, OSNwSK 2006/1/1961.
19. Berent J. Obszar działania medycyny sądowej. W: Medycyna sądowa. Tom. 1. Teresiński G (red.). PZWL, Warszawa 2019; 3-8.
20. Berent J. Biegły lekarz w postępowaniu karnym. W: Proces karny sensu largo. Rzeczywistość i wyzwania. Olszewski R i wsp. (red.). Wydawnictwo Wolters-Kluwer/Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Warszawa/Łódź 2019; 125-131.