



ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA LEKARZA WOJSKOWEGO JAKO FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO ZA SKUTKI BŁĘDÓW MEDYCZNYCH

Criminal liability of a military doctor as a public official
for the consequences of medical errors



Rafał Kubiak

Katedra Prawa Karnego, Uniwersytet Łódzki, Polska

Streszczenie: Lekarze wojskowi, jeśli pełnią czynną służbę wojskową, posiadają status tzw. funkcjonariusza publicznego w rozumieniu Kodeksu karnego. Z jednej strony przysługuje im wzmożona ochrona karnoprawna, z drugiej jednak mogą ponieść odpowiedzialność za przestępstwa urzędnicze. Jednym z nich jest czyn opisany w art. 231 K.k., a polegający na przekroczeniu uprawnień lub niedopełnieniu obowiązków i działaniu w ten sposób na szkodę interesu publicznego lub prywatnego. Powstaje pytanie, czy w przypadku popełnienia przez lekarza wojskowego błędu medycznego, może on odpowiadać za ten czyn, czy tylko za przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta (jak ma to miejsce w odniesieniu do lekarzy cywilnych). W artykule ukazano praktykę sądową w tym zakresie, z której wynika, że inaczej traktowani są lekarze wojskowi pełniący funkcje kierownicze i dopuszczający się nieprawidłowości w tym obszarze oraz lekarze-żołnierze udzielający świadczeń zdrowotnych. Można z tego wywieść, że jedynie w odniesieniu do tej pierwszej grupy lekarzy wojskowych dopuszczalne jest postawienie zarzutu popełnienia występku spenalizowanego w art. 231 K.k. W artykule przedstawiono argumentację uzasadniającą taką tezę.

Abstract: Military doctors, if on active military duty, have the status of a so-called public official within the meaning of the Criminal Code. On the one hand, they are entitled to enhanced criminal-law protection, but on the other hand, they may be liable for official offenses. One of them is the act described in Article 231 of the Penal Code, which consists in exceeding powers or failing to fulfill duties and thus acting to the detriment of public or private interests. The question arises whether, if a military doctor commits a medical error, he can be held liable for this act, or only for crimes against the life or health of the patient (as is the case with civilian doctors). The article shows the judicial practice in this regard, from which it follows that military doctors in leadership positions and committing irregularities in this area and soldier doctors providing medical services are treated differently. It can be deduced from this that only with regard to the former group of military doctors is it permissible to charge them with the offense penalized in Article 231 of the Criminal Code. The article presents arguments justifying such a thesis.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność karna, błąd medyczny, niedopełnienie obowiązków, funkcjonariusz publiczny.

Keywords: criminal liability, medical error, dereliction of duty, public official.

DOI 10.53301/lw/169422

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.06.2023

Zaakceptowano do druku: 10.07.2023

Autor do korespondencji:

Rafał Kubiak

Katedra Prawa Karnego, Uniwersytet Łódzki,
ul. Kopcińskiego 8/12, 90-033 Łódź

e-mail: rkubiak@wpia.uni.lodz.pl

Wprowadzenie

Polskie prawo karne nie przewiduje odpowiedzialności *stricte* za popełnienie błędu medycznego. Ustawodawca nie spenalizował bowiem czynu polegającego na takim błędzie. Możliwa jest jednak odpowiedzialność za jego skutki. Toteż lekarz, który dopuści się błędu medycznego może ponieść odpowiedzialność za przestępstwo skutkowe przeciwko życiu lub zdrowiu, opisane w rozdziale XIX Kodeksu karnego (zwanego dalej „K.k.”). Może więc odpowiadać za występki narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, stypizowany w art. 160 K.k. Jeśli zaś niebezpieczeństwo to się urzeczywistni, możliwa jest odpowiedzialność za różne formy uszkodzenia ciała (lekkie i średnie uszkodzenie ciała – art. 157 K.k. oraz ciężki uszczerbek na zdrowiu – art. 156 K.k.), bądź za nieumyśl-

ne spowodowanie śmierci – art. 155 K.k. W przypadku lekarzy wojskowych, którzy posiadają status tzw. funkcjonariusza publicznego, można jednak dodatkowo rozważyć odpowiedzialność za przestępstwo przekroczenia uprawnień lub niedopełnienia obowiązków, które zostało spenalizowane w art. 231 K.k.

W dalszej części wywodu przedstawiono przykładowe orzeczenia sądów karnych w sprawach, w których oskarżonymi byli lekarze wojskowi i postawiono im zarzuty popełnienia wspomnianego występku. Należy zastanowić się, czy sam fakt posiadania statusu funkcjonariusza publicznego, którym jest m.in. osoba pełniąca czynną służbę wojskową i jednocześnie będąca lekarzem, uzasadnia odpowiedzialność na podstawie tego przepisu. Tym samym więc, czy lekarze wojskowi mogą ponieść dodatkową odpowiedzialność w porów-

naniu do lekarzy cywilnych za skutki swych błędów medycznych.

W tym miejscu warto wyjaśnić, że przestępstwo przekroczenia uprawnień lub niedopełnienia obowiązków jest występkiem o charakterze indywidualnym. Oznacza to, że jego sprawcą może być tylko taka osoba, która posiada szczególną cechę określoną w danym przepisie. Sprawcą omawianego czynu może być wyłącznie tzw. funkcjonariusz publiczny. Pojęcie to zostało zdefiniowane w art. 115 § 13 K.k. Do tej kategorii zalicza się m.in. osobę pełniącą czynną służbę wojskową z wyjątkiem terytorialnej służby wojskowej pełnionej dyspozycyjnie. Jest to zatem żołnierz w rozumieniu art. 115 § 17 K.k. Kodeks nie precyzuje jednak, na czym polega owa czynna służba wojskowa. Dla objaśnienia tego określenia konieczne jest zatem sięgnięcie do odrębnych przepisów, a obecnie do ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny [1]. Zgodnie z jej art. 130 czynna służba wojskowa polega na pełnieniu: zasadniczej służby wojskowej, terytorialnej służby wojskowej, służby w aktywnej rezerwie w dniach tej służby oraz odbywaniu ćwiczeń wojskowych w ramach pasywnej rezerwy, zawodowej służby wojskowej, służby w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny. Z kolei zasadnicza służba wojskowa polega na pełnieniu: dobrowolnej zasadniczej służby wojskowej albo obowiązkowej zasadniczej służby wojskowej.

Pełnienie któregokolwiek z rodzajów tej służby powoduje, że dana osoba ma status żołnierza w rozumieniu Kodeksu karnego, a tym samym funkcjonariusza publicznego, o którym mowa w art. 231 K.k. W myśl art. 90 wspomnianej ustawy powołani do czynnej służby wojskowej stają się żołnierzami w takiej służbie z chwilą stawienia się do tej służby w określonym terminie i miejscu. Osoba nie ma natomiast statusu żołnierza, jeżeli jest rezerwistą albo została przeniesiona w stan spoczynku. Ponadto nie jest żołnierzem osoba odbywająca służbę wojskową w formacjach uzbrojonych, ale nie wchodzących w skład sił zbrojnych. Lekarz wojskowy będzie zatem miał status żołnierza w rozumieniu przepisów Kodeksu karnego po spełnieniu wspomnianych warunków, tj. wykonując swoje obowiązki lekarskie w ramach służby, o której mowa w cytowanym przepisie.

W artykule najpierw zostanie omówiona istota odpowiedzialności karnej za skutki błędu medycznego, a następnie na kanwie tych rozważań zostaną ukazane przykłady konkretnych spraw dotyczących takich błędów, których sprawcami byli lekarze wojskowi. W ostatnim fragmencie będą zaprezentowane rozważania dotyczące odpowiedzialności lekarza wojskowego za przestępstwo stypizowane w art. 231 K.k. Wywód zostanie oparty na analizie materiału normatywnego, dorobku doktryny i judykatury. Dla analizy przepisów zostanie wykorzystana metoda formalno-dogmatyczna.

Pojęcie i typologia błędów medycznych

Przed omówieniem odpowiedzialności lekarzy wojskowych za skutki błędów medycznych warto przedstawić pojęcie błędu medycznego i typologię takich błędów. Termin ten nie jest ustawowo zdefiniowany, w żadnych przepisach ustawodawca nie posługuje się również ta-

kim określeniem. Jest ono używane na potrzeby piśmiennictwa i orzecznictwa. W źródłach tych można więc poszukiwać wyjaśnienia tego terminu. Jest on omawiany zarówno w literaturze medycznej, jak i prawniczej.

Z piśmiennictwa medycznego można przywołać przykładowo definicję zaproponowaną przez B. Popielskiego, który rozumiał przez taki błąd: „Postępowanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej w szkodliwym dla chorego działaniu lub zaniechaniu, którego można było uniknąć, stosując się do zasad odpowiadających stanowi wiedzy lekarskiej” [2-3]. Podobne określenia można znaleźć w literaturze karnistycznej. Na przykład M. Filar za „błąd w sztuce” uznawał: „naruszenie przez lekarza wykonującego czynność leczniczą, obowiązującego w relacji do tej czynności zespołu reguł i zasad postępowania zawodowego, których źródłem jest nauka i praktyka medyczna”. Analogicznie pojęcie to definiuje R. Kędziora [4, s. 199] oraz A. Liszewska, która dodaje, że reguły te mają dotyczyć „dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka”, ich naruszenie zaś „na gruncie prawa stanowi podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności” [5, s. 28]. Określenie „błędu w sztuce lekarskiej” zostało podane także przez Sąd Najwyższy. W wyroku z dnia 1 kwietnia 1955 r. Sąd ten wskazał, że: „błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym”. Spod tej kategorii wyłączył natomiast zaniedbania organizacyjne w zakresie opieki nad pacjentem i zapewnienia higieny [6].

Z wypowiedzi tych można wywnioskować, że błędem takim będzie postępowanie niezgodne z przyjętym wzorcem wytyczonym aktualną wiedzą medyczną i praktyką w zakresie wykonywania określonych procedur diagnostyczno-terapeutycznych, czyli zachowanie *contra legem artis*. Na gruncie prawa karnego zagadnienie to jest jednak bardziej złożone. Jak już bowiem wspomniano, w Kodeksie karnym nie spenalizowano czynu polegającego na błędzie medycznym. Odpowiedzialność powstanie więc za jego skutek, a nie za samo postępowanie niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Poza tym w Kodeksie karnym ustawodawca nie posługuje się pojęciem wiedzy medycznej. Postępowanie niezgodne z ustalonym według niej wzorcem należy więc rozpatrywać przez pryzmat reguł ostrożności, których przestrzeganie warunkuje wykluczenie albo zmniejszenie, do akcentowanego społecznie poziomu, ryzyka dla dobra prawnego. W literaturze wskazuje się, że źródła tych reguł mogą być różnorakie. Mogą przybrać postać normatywną aktów prawnych różnej rangi, wynikać z ustaleń w danej dziedzinie lub też mogą być wykształcone w oparciu o doświadczenie w danej sferze aktywności człowieka [7]. W sprawach medycznych rzadko będzie można spotkać przepisy regulujące zasady przeprowadzania danego rodzaju zabiegu. Tego typu unormowania raczej odnoszą się do kwestii organizacyjno-administracyjnych i mogą być wyznacznikiem dla oceny wystąpienia tzw. błędów organizacyjnych (o których będzie mowa w dalszej części wywodu). Natomiast sposób wykonania danej interwencji medycznej najczęściej zostanie wytyczony w oparciu o wiedzę empiryczną, niekiedy ujętą w formie wytycznych i zaleceń różnych uznanych gremiów np. towarzystw naukowych, ośrodków akademickich itp.

Podstawą do ustalenia standardów postępowania jest więc tzw. aktualny stan wiedzy medycznej. Ogólnie przez stan wiedzy można rozumieć „teorie, poglądy czy zasady, które bądź zostały zweryfikowane, sprawdzone empirycznie, bądź przebrnięty zwyczajem przez ogień krytyki, albo też zostały wypowiedziane lub ogłoszone przez osoby czy instytucje naukowe cieszące się szczególnym autorytetem z racji swego wysokiego poziomu naukowego i rzetelności” [8]. W piśmiennictwie się wskazuje, że stan wiedzy obejmuje informacje zawarte w podręcznikach medycznych oraz uzyskane przez lekarza podczas studiów. Nie musi on zatem posiadać wiedzy, która jest dostępna jedynie wybitnym naukowcom i specjalistom [9]. Wydaje się, że jest to zbyt daleko idące uproszczenie, gdyż nie uwzględnia grupy, do której należy lekarz, w szczególności posiadanej przez niego specjalizacji. Można więc przyjąć, że konieczność znajomości informacji podręcznikowej stanowi swoiste minimum. Lekarz zaś nie może się tłumaczyć brakiem tej elementarnej wiedzy [10].

Do takiego normatywu, zbudowanego na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej, będzie porównywany sposób zachowania sprawcy (lekarza) potencjalnego błędu medycznego. Należy jednak nadmienić, że naruszenie reguł ostrożności nie zawsze pokrywa się z działaniem *contra legem artis* w sensie medycznym. Obrazowo można ująć te zakresy w postaci współśrodkowych okręgów, przy czym okrąg mieszczący w sobie przypadki błędów medycznych będzie znajdował się w szerszym okręgu wszelkich naruszeń reguł ostrożności. Mogą bowiem mieć miejsce naruszenia wymaganych reguł ostrożności, które nie będą utożsamiane z błędem medycznym, np. wykonanie zabiegu przez nietrzeźwego lekarza będzie naturalnie uznane za rażące naruszenie reguł ostrożności, ale nie będzie potraktowane jako postępowanie *contra legem artis* w sensie medycznym (podobnie tzw. błędy techniczne np. pozostawienie ciał obcych w polu operacyjnym). Nie ma bowiem punktów stykowych z aktualną wiedzą medyczną. Można natomiast założyć, że naruszenie standardu postępowania medycznego będzie jednocześnie pogwałceniem wymaganych reguł ostrożności. Medyczne zasady postępowania są bowiem skonstruowane dla jak najskuteczniejszego działania lekarza ukierunkowanego na cel leczniczy. Służą zatem ochronie dobra. Ich naruszenie jest więc automatycznie sprzeczne z regułą ostrożności, mającą na celu także zabezpieczenie tego dobra. Należy jednak podnieść, że reguły te nie są konstruowane w sposób abstrakcyjny, nie są identyczne dla każdego przypadku. Ustawodawca, definiując pojęcie nieumyślności, wskazuje bowiem, że ma dojść do naruszenia reguł ostrożności „wymaganych w danych okolicznościach”. Nakazuje zatem zrelatywizować reguły z uwzględnieniem okoliczności danego zdarzenia.

Budując wzorzec postępowania *in concreto*, należy więc uwzględnić np. kwalifikacje pracownika medycznego, wyposażenie danej placówki, dynamikę sytuacji itd. [11]. Jednakże nie można nadmiernie indywidualizować tych reguł, lecz odnieść je do pewnego obiektywnego standardu zachowania (np. wymagania uwzględniające kwalifikacje lekarza należy ustalić w oparciu o specjalizację, którą posiada dany lekarz – sprawca potencjalnego błędu). Zagadnienia dotyczące osobistych predyspozycji

lekarza, jego stanu psychofizycznego, możliwości percepcyjnych, ograniczonych np. zmęczeniem, chorobą, stresem itd., są również rozważane przy ustalaniu odpowiedzialności karnej, ale na płaszczyźnie winy. Stwierdzenie popełnienia błędu (naruszenia wymaganych reguł ostrożności) jest zaś zobiektywizowane. Ocenę w tym względzie dokonuje się w oparciu o figurę modelowego lekarza, myślowo posadowioną w realiach danego zdarzenia. Odstępstwa *in minus* od tak wytyczonego wzorca będą uznane za naruszenie wspomnianych reguł, a więc za błąd medyczny [12].

Aby powstała odpowiedzialność karna konieczne jest ponadto, by następstwem takiego postępowania był negatywny skutek dla życia lub zdrowia pacjenta. Musi zatem wystąpić powiązanie przyczynowe między naruszeniem wymaganych reguł postępowania a tym negatywnym skutkiem.

Pogwałcenie tych reguł – jak nadmieniono – może dotyczyć leczenia i wówczas można mówić o tzw. błędzie wiedzy (w tym obszarze wymienia się błędy profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne, operacyjne, rehabilitacyjne), jak i kwestii technicznych oraz organizacyjnych. Stąd też w literaturze oprócz błędów *sensu stricto*, wyróżnia się tzw. błędy organizacyjne. A. Liszewska wskazuje, że pojęcie to jest używane dla określenia „wadliwej organizacji pomocy medycznej, która nie pozostaje bez wpływu na życie i zdrowie pacjentów” [5, s. 196]. W piśmiennictwie wyjaśnia się, że błąd taki polega na „niedopełnieniu lub nienależytym pełnieniu funkcji administracyjnych lub organizacyjnych, nie zaś na wadliwym leczeniu” [4, s. 228]. Istotą tego błędu jest zatem nieprawidłowe zorganizowanie procesu udzielenia świadczeń zdrowotnych, co w efekcie prowadzi do negatywnych skutków dla zdrowia lub życia pacjenta. Naturalnie następstwem takich nieprawidłowości mogą być błędy popełnione już na etapie diagnostyki lub terapii np. brak odpowiedniego sprzętu diagnostycznego, jego niesprawność itp., co może prowadzić do zaniechania określonych badań diagnostycznych (np. radiologicznych) i ostatecznie do zgonu pacjenta.

Na rozróżnienie tych dwóch rodzajów błędów wskazuje się również w orzecznictwie sądowym. Egzemplifikacyjnie można przywołać wyrok Sądu Rejonowego w Zgorzelcu, w którym Sąd zauważył, że „błąd organizacyjny nie jest przypadkiem błędu w sztuce medycznej, choć może wiązać się z błędem technicznym, terapeutycznym czy diagnostycznym” [13]. W doktrynie podkreśla się, że błąd tego rodzaju jest bardzo niebezpieczny, gdyż może implikować wielokrotne popełnianie błędów *sensu stricto* medycznego. Jeśli bowiem organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych będzie wadliwa, może prowadzić do powtarzania czynności nieprawidłowo przez wielu lekarzy. Przykładowo, brak wprowadzenia lub egzekwowania odpowiednich procedur, niedobory kadrowe, nieodpowiedni sprzęt mogą indukować powielanie błędów [14]. Niedopatrzania w tej sferze mogą skutkować odpowiedzialnością osób, które zawiadują procesem leczenia, w szczególności kierowników danych podmiotów leczniczych lub ich jednostek organizacyjnych [15]. Odpowiedzialność taka może więc dotyczyć również lekarzy wojskowych, którzy stoją na czele danej placówki medycznej lub jej oddziału.

Rozróżnienie błędów medycznych *sensu stricto* oraz błędów organizacyjnych ma zatem istotne znaczenie dla ustalenia kręgu podmiotów, które mogą ponieść odpowiedzialność karną. Ponadto może być istotne w kontekście przypisania lekarzowi wojskowemu odpowiedzialności za przekroczenie uprawnień lub niedopełnienie obowiązków, a zatem za czyn stypizowany w art. 231 K.k.

Odpowiedzialność karna lekarza wojskowego w ujęciu orzecznictwa sądowego

W orzecznictwie sądowym rzadko można spotkać rozstrzygnięcia karne dotyczące odpowiedzialności lekarzy wojskowych za nieprawidłowe leczenie.

Przykładem takiej sprawy może być następujący stan faktyczny, który legł u podstaw wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2007 r. [16]. Z akt sprawy wynikało, że zespół ratownictwa medycznego został wezwany do pacjenta z raną kłutą klatki piersiowej w okolicy obojczykowej lewej. Pacjent po wstępnym zaopatrzeniu tej rany został przetransportowany do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) szpitala wojskowego ze skierowaniem na oddział chirurgii. W skierowaniu tym zaznaczono, że pacjent znajduje się we wstrząsie. Chory został przyjęty do SOR około godziny 8:40. W tym czasie na wspomnianym oddziale przebywali jego ordynator oraz starszy asystent – obydwaj lekarze wojskowi. Lekarzom tym zarzucono, że nie dopełnili obowiązku należytej staranności, o której mowa w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [17] poprzez niepodjęcie skutecznych działań zmierzających do przeprowadzenia natychmiastowej operacji ukierunkowanej na zrewidowanie rany, pomimo bezwzględnych wskazań do zabiegu chirurgicznego wynikających z charakteru obrażeń ciała poniesionych przez pacjenta. Z dokumentacji medycznej i zeznań świadków wynikało, że starszy asystent kilkakrotnie kontaktował się z oddziałem chirurgicznym w celu zorganizowania konsultacji. Jednakże wysiłki te były bezskuteczne. Z kolei ordynator, widząc te starania oraz ich nieskuteczność, nie podjął żadnych działań zmierzających z jednej strony do uzyskania takiej konsultacji, a z drugiej – w razie jej braku, do natychmiastowego przeprowadzenia operacji. Z okoliczności sprawy wynikało zaś, że stan pacjenta był bardzo ciężki i wskutek rany kłutej doszło do uszkodzenia ważnego narządu. W efekcie odwlekania wspomnianych czynności pacjent pozostał w szpitalnym oddziale ratunkowym około 3 godzin, a następnie został przetransportowany na oddział chirurgii, później zaś na oddział anestezjologii i intensywnej terapii, gdzie podjęto akcję reanimacyjną. Okazała się ona jednak nieskuteczna i pacjent zmarł. W sprawie tej lekarz-asystent został oskarżony o popełnienie przestępstwa opisanego w art. 160 K.k., tj. narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz o nieumyślne spowodowanie śmierci, czyli o czyn opisany w art. 155 K.k. Tożsame zarzuty zostały postawione ordynatorowi oddziału. Dodatkowo jednak oskarżono go o popełnienie przestępstwa stypizowanego w art. 231 § 1 K.k. Sąd pierwszej instancji uniewinnił obu lekarzy, aczkolwiek wskutek środka odwoławczego sprawa została skierowana do ponownego rozpatrzenia. Sąd apelacyjny nakazał rozważenie jej pod kątem zbadania, czy obaj oskarże-

ni naruszyli wymagany standard postępowania poprzez zaniechanie określonych czynności zmierzających do uzyskania konsultacji, ewentualnie osobistego skontaktowania się z lekarzem oddziału chirurgicznego, co pozwoliłoby przyspieszyć przeprowadzenie niezbędnej operacji. Nie analizując kwestii merytorycznych, związanych z odpowiednią postawą obu lekarzy, warto zwrócić uwagę, że organy procesowe, sądy obu instancji, inaczej ujęły zakres odpowiedzialności lekarza-asystenta oraz osoby zajmującej stanowisko kierownicze – ordynatora oddziału, któremu zarzucono również popełnienie czynu opisanego w art. 231 K.k.

Kolejna sprawa dotyczyła ordynatora oddziału urologicznego jednego z wojskowych szpitali – lekarza wojskowego. Zarzucono mu niedopełnienie obowiązków służbowych polegające na tym, że nie sporządził planu pracy i rozkładu zajęć personelu oddziału, przez co naraził pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, iż nie zapewnił odpowiedniej opieki personelu pielęgniarskiego, wymaganej bezpośrednio po wykonaniu operacji. Zdaniem oskarżyciela, ordynator powinien opracować i wdrożyć odpowiednie dokumenty określające zasady postępowania w zakresie opieki pooperacyjnej, sprawowanej przez personel pielęgniarski. W omawianym stanie faktycznym oskarżony takiej dokumentacji nie wydał. Pacjent bezpośrednio po operacji powinien zaś pozostawać pod opieką pielęgniarki przez co najmniej 2 godziny. W analizowanym stanie faktycznym pielęgniarka sprawująca taką opiekę, musiała udać się do innego pacjenta, pozostawiwszy chorego zoperowanego bez nadzoru. Mimo że jej nieobecność była tylko kilkuminutowa, doszło do gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia tego pacjenta i ostatecznie do jego zgonu. W sprawie tej ordynatorowi zarzucono nie tylko popełnienie przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo – art. 160 K.k., ale również występku określonego w art. 231 § 1 K.k., czyli niedopełnienie obowiązków. Nie analizując szerzej okoliczności tej sprawy i uzasadnienia wyroku uniewinniającego, warto podkreślić, że przedstawiony zarzut tyczył się nie tyle działalności leczniczej wspomnianego lekarza wojskowego, lecz jego obowiązków w sferze administracyjnej.

Odpowiedzialność karna lekarza wojskowego za występki spenalizowane w art. 231 K.k.

Z ukazanych stanów faktycznych i zapatrywań sądów rozpatrujących te sprawy można wywieść wniosek, że odpowiedzialność lekarza wojskowego za przestępstwo, o którym mowa w art. 231 K.k. jest zależna od tego, czy wykonuje on jedynie czynności *stricte* lecznicze, czy też ciąży na nim obowiązki o charakterze administracyjnym i organizacyjnym. Tylko w tym drugim przypadku sądy są skłonne przypisać wspomniany czyn. Stanowisko takie należy uznać za słuszne.

Warto zatem dokładniej przeanalizować wspomniany art. 231 K.k. Został on umieszczony w rozdziale XXIX K.k. zatytułowanym „Przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego”. W doktrynie prawa karnego wyjaśnia się, że intyulacja rozdziału, w którym znajduje się dany przepis penalizujący określony czyn, jest pomocna do ustalenia dobra prawnego, które jest chronione za pomocą tego przepi-

su. W kontekście omawianego występku w literaturze wskazuje się, że przedmiotem ochrony karnoprawnej jest „prawidłowe funkcjonowanie instytucji państwowej i samorządu terytorialnego i związany z tym autorytet władzy publicznej” [18, s. 1204]. Podobnie definiuje się dobro chronione w orzecznictwie sądowym. Egzemplifikując, można przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2014 r. [19], w którym wyjaśniono, że „przedmiotem ochrony z art. 231 k.k. jest jakiegokolwiek dobro prawne, bez względu na to, czy należy ono do sfery prywatnej, czy sfery publicznej. Przepis ten bezpośrednio chroni prawidłowe funkcjonowanie instytucji państwowej i samorządu terytorialnego i związany z tym autorytet władzy publicznej. W typie tego czynu zabronionego czynnością wykonawczą jest działanie na szkodę interesu publicznego lub prywatnego w ściśle określony sposób, a mianowicie przez przekroczenie uprawnień lub niedopełnienie obowiązków”. W doktrynie wskazuje się ponadto, że oprócz wspomnianego, głównego przedmiotu ochrony, występuje tzw. dodatkowy przedmiot ochrony, którym jest interes publiczny i prywatny. Może być on ustalony *in concreto* w danej sprawie [20, s. 1512]. Czynność sprawcza (niewykonanie obowiązków bądź przekroczenie uprawnień) ma gościć w taki interes.

Zachowanie sprawcy może polegać zarówno na działaniu (przekroczeniu uprawnień), jak i na zaniechaniu realizacji określonych obowiązków, w tym w sferze organizacyjnej. Na zagadnienie to zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 listopada 2001 r. [21]. Wyjaśnił w nim że „niedopełnienie obowiązków stanowiących realizację znamion z art. 231 k.k. może również polegać na niewłaściwym zorganizowaniu pracy podległego funkcjonariuszowi publicznemu personelu lub zaniechaniu prowadzenia kontroli wykonywania przezeń obowiązków służbowych”.

Kwestie te mają znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności lekarza wojskowego pełniącego funkcje kierownicze w danej placówce medycznej. Jak już bowiem wyjaśniono, posiada on status funkcjonariusza publicznego, może być zatem sprawcą omawianego występku. Odpowiedzialność może powstać, jeśli nie zrealizuje ciążących na nim obowiązków. W literaturze wyjaśnia się, że obowiązkiem jest nakaz określonego postępowania, wynikający z obowiązków służbowych danego funkcjonariusza związanych z jego funkcją i zajmowanym stanowiskiem. Źródłem takiej powinności mogą być zarówno akty powszechnie obowiązujące, np. ustawy, rozporządzenia, akty wewnątrzorganizacyjne, np. regulaminy wydane w danej instytucji, jak i umowy cywilnoprawne. Niedopełnienie obowiązków polega natomiast na ich całkowitym niewykonaniu bądź też wykonaniu ich, ale w sposób nieprawidłowy, niepełny [22]. W orzecznictwie sądowym wyjaśnia się, że dla ustalenia, czy doszło do niedopełnienia obowiązków należy posiłkować się odpowiednim wzorcem dobrego gospodarza, rzetelnego urzędnika i porównać do niego zachowanie rzekomego sprawcy [23]. Wszelkie odstępstwa *in minus* od tak wyobrażonego modelu mogą być uznane za nieprawidłowe wykonanie obowiązku.

W odniesieniu do lekarzy wojskowych, pełniących funkcje kierownicze, można z tego więc wywnioskować, że źródłem ich obowiązku mogą być zarówno akty wyda-

ne przez władzę publiczną, np. rozporządzenia Ministra Zdrowia, jak i przepisy wewnątrzszpitalne np. określające zakres obowiązków ordynatora. Ponadto powinności w tym względzie mogą wynikać z zadań definiowanych za pomocą regulaminów wojskowych w odniesieniu do danego stanowiska. Niewykonanie tych zadań bądź też realizowanie ich w sposób niedokładny, niekompletny może odpowiadać pojęciu niedopełnienia obowiązków. Warto jednak podkreślić, że chodzi o powinności w sferze kierowniczej, organizacyjnej, nadzorczej, a nie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Tezę tę potwierdza również wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2002 r. [24], w którym Sąd podtrzymał orzeczenia sądów niższych instancji, skazujące lekarza wojskowego, komendanta wojskowej specjalistycznej przychodni lekarskiej. Zarzucono mu niedopełnienie obowiązków poprzez zaniechanie opracowania odpowiednich dokumentów organizacyjnych i porządkowych, określających tryb udzielania świadczeń standardowych w kierowanej przez niego placówce medycznej, a także niewprowadzenie zgodnego z przepisami rachunku kosztów przychodni w postaci braku wycenionych wykazów procedur medycznych oraz ilościowego zestawienia zasobów zużywanych podczas ich wykonywania z podziałem na zużyty czas i materiały, i ponadto zawarcie umowy o pracę na stanowisku głównej księgowej z osobą, która nie posiadała wymaganych na tym stanowisku kwalifikacji. Tym samym lekarz ten z jednej strony nie dopełnił ciążących na nim obowiązków organizacyjnych, z drugiej zaś przekroczył swoje uprawnienia. Zdaniem Sądu dopuścił się zatem przestępstwa stypizowanego w art. 231 K.k. Czyny te jednak ewidentnie pozostawały w związku z jego działalnością administracyjną, a nie z udzielaniem przez niego świadczeń zdrowotnych.

W zakresie odpowiedniej organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych niedopełnieniem obowiązków będzie więc np. niezapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej, niewprowadzenie właściwych procedur bądź ich nieegzekwowanie. Wówczas będzie można uznać, że doszło do niedopełnienia obowiązków, a w konsekwencji do wyczerpania znamion występku opisanego w art. 231 K.k.

Nie każde jednak przekroczenie uprawnień lub niedopełnienie obowiązków *eo ipso* uzasadnia odpowiedzialność za omawiane przestępstwo. Ustawodawca wymaga bowiem dodatkowo, by sprawca działał na szkodę interesu publicznego lub prywatnego. Użycie w opisie czynu sformułowania „działa na szkodę” wywołało w doktrynie i orzecznictwie spór co do charakteru tego przestępstwa, tj. czy jest to występek z narażenia konkretnego, a więc skutkowy, czy też z narażenia abstrakcyjnego – przestępstwo formalne. Rozstrzygnięcie tych wątpliwości ma doniosłe znaczenie procesowe, gdyż w przypadku przyjęcia tego pierwszego stanowiska konieczne byłoby udowodnienie spowodowania przez sprawcę niebezpieczeństwa wyrządzenia szkody. Autorzy opowiadający się za skutkowym charakterem tego czynu uzasadniają, że co prawda ustawa nie wymaga nastąpienia skutku w postaci szkody, ale niezbędne jest spowodowanie przez sprawcę realnego niebezpieczeństwa jej wystąpienia. Nie wystarczy zatem zagrożenie jedynie ogólne [20, s. 1514]. Pogląd ten podzielany jest również w orzecznictwie Sądu Najwyższego [25]. W doktrynie przeważa

jednak stanowisko, że omawiany występki ma charakter formalny, co oznacza, że sprawca nie musi spowodować konkretnego zagrożenia. Argumentuje się, że sformułowanie „działa na szkodę” nie jest opisem skutku, do którego ma doprowadzić sprawca, lecz doprecyzowuje karalne zachowanie. Nie każde bowiem przekroczenie uprawnień i niedopełnienie obowiązków uzasadnia odpowiedzialność karną, lecz tylko takie, które w konkretnej sytuacji stwarza zagrożenie powstania szkody dla interesu publicznego lub prywatnego. Innymi słowy czyn ten jest formalny [18, s. 1208-1209]. Pogląd taki został podzielony również w judykaturze. Egzemplifikując można przywołać wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 grudnia 2002 r. [26], w którym Sąd podkreślił, że „ustawodawca stypizował występki określone w art. 231 § 1 i 2 k.k. jako przestępstwa formalne. Działanie na szkodę interesu publicznego lub prywatnego nie jest charakterystyką skutku, lecz zachowania się sprawcy. Samo powstanie szkody, a nawet jej bezpośrednie niebezpieczeństwo, nie jest znamieniem tych typów czynów zabronionych”.

Z przedstawionego zestawienia wynika zatem, że zarówno w doktrynie, jak i judykaturze ścierają się poglądy dotyczące charakteru tego czynu. Zagadnienie to na gruncie omawianej tematyki nie jest jednak szczególnie doniosłe, gdyż potencjalna odpowiedzialność lekarza wojskowego w związku z przekroczeniem uprawnień bądź niedopełnieniem obowiązków, rozważana w kategorii błędu organizacyjnego, odnosi się do czynu nieumyślnego.

Odmiana nieumyślna omawianego przestępstwa została ujęta w art. 231 § 3 K.k. W opisie tego występku jednoznacznie ustawodawca wskazał, że sprawca ma wyrządzić istotną szkodę. Nie budzi zatem wątpliwości, że przestępstwo to ma charakter skutkowy. Do jego dokonania dochodzi w momencie spowodowania takiej szkody. Może ona mieć zarówno charakter majątkowy, jak i niemajątkowy. W tej drugiej postaci może polegać na spowodowaniu cierpienia i innych dolegliwości doznawanych przez pokrzywdzonego. Teza ta ma istotne znaczenie w kontekście błędów organizacyjnych, gdyż ich następstwem może być uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, prowadzący do takich cierpień. Jak wskazano, szkoda musi być istotna. Jeśli ma charakter majątkowy, dla oceny owej istotności bierze się pod uwagę w szczególności wartość materialną powstałego uszczerbku. Natomiast w ujęciu niemajątkowym ocena istotności powinna uwzględniać dolegliwości działania sprawcy dla pokrzywdzonego, np. stopień cierpienia fizycznych i psychicznych, których doznał pacjent na skutek błędu organizacyjnego popełnionego przez lekarza wojskowego [27]. Biorąc pod uwagę skutkowy charakter omawianego czynu, z procesowego punktu widzenia ciężar dowodu w zakresie istotnej szkody spoczywa na oskarżycielu.

Jeśli więc na skutek przekroczenia uprawnień lub niedopełnienia obowiązków, życie lub zdrowie pacjenta zostanie narażone lub naruszone, możliwe jest rozważenie odpowiedzialności funkcjonariusza publicznego-lekarza wojskowego za przedstawiony występki.

Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku lekarzy wojskowych udzielających świadczeń zdrowotnych. Mimo że posiadają oni status funkcjonariusza publicznego, a tym

samym mogą być sprawcami omawianego przestępstwa, to wydaje się, że przypisanie im odpowiedzialności za ten czyn nie byłoby prawidłowe. *Prima facie* popełnienie błędu medycznego może być potraktowane jako niedopełnienie obowiązków w sferze odpowiedniej staranności wynikającej z aktualnej wiedzy medycznej. Efektem zaś takiego błędu może być naruszenie, a co najmniej narażenie na szkodę interesu prywatnego, którym, jak wspomniano, może być zdrowie pacjenta. Lekarz taki mógłby zatem wyczerpać znamiona omawianego przestępstwa. Jednakże kwestie te należy rozważyć również przez pryzmat przedmiotu ochrony. Jak wskazano, jest nim prawidłowe funkcjonowanie instytucji państwowej i samorządu terytorialnego. Abstrahując od tego, czy zakład leczniczy jest taką instytucją (zwłaszcza, jeśli jest to placówka niefinansowana ze środków publicznych), należy się zastanowić, czy jednostkowe nieprawidłowe postępowanie medyczne, skutkujące nawet śmiercią pacjenta, może być potraktowane jako godzenie w prawidłowe funkcjonowanie wspomnianych instytucji. Oczywiście, spektakularne błędy medyczne mogą rzutować na negatywną opinię o pracy personelu medycznego w danej placówce medycznej, ale nie wydaje się, żeby zaburzały prawidłowe jej ogólne funkcjonowanie. Takie założenie prowadzi więc do wniosku, że nie zostaje zaatakowane dobro prawne chronione omawianym przepisem. Innymi słowy lekarz wojskowy, który w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych naruszył wymagany standard postępowania i np. nie dopełnił obowiązku opieki nad pacjentem, nie może odpowiadać za czyn stypizowany w art. 231 K.k.

Tezę tę potwierdza również wzgląd sprawiedliwościowy. Można bowiem wyobrazić sobie, że ten za sam zabieg jest wykonywany przez dwóch lekarzy, z których jeden jest wojskowym, a drugi cywilem. Jeśli w takim zespole doszłoby do popełnienia błędu medycznego, możliwa byłaby odpowiedzialność obydwu tych lekarzy za przestępstwo skutkowe przeciwko życiu lub zdrowiu. Uznając jednak, że lekarz wojskowy mógłby być sprawcą również czynu opisanego w art. 231 K.k., jego odpowiedzialność byłaby surowsza. Wydaje się zaś, że takie zróżnicowanie nie jest uzasadnione. Sam fakt posiadania statusu funkcjonariusza publicznego nie powinien bowiem przesądzać o zakresie tej odpowiedzialności. Toteż bardziej zasadne wydaje się zrównanie zakresów odpowiedzialności obu tych lekarzy.

Kontrargumentem dla takiego jednakowego traktowania mogłaby być wzmocniona ochrona karnoprawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. W przypadku bowiem zamachów na jego cześć lub nietykalność cielesną czynny te są surowiej karane, niż jeśli zostaną popełnione na szkodę osoby niemającej takiego statusu. Ponadto są one ścigane z oskarżenia publicznego, a nie prywatnego jak ma to miejsce w odniesieniu do innych osób [28]. Rozumowanie zatem mogłoby być następujące: skoro funkcjonariusz publiczny-lekarz wojskowy ma silniejszą ochronę karnoprawną, to jego odpowiedzialność również powinna być surowsza. Założenie takie jednak może być zsfalsyfikowane ze względu na to, że przepisy medycznoprawne przewidują dla lekarzy cywilnych również wzmocnioną ochronę, mimo iż nie posiadają oni statusu funkcjonariusza publicznego. Konstrukcja taka została opisana w art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [29], a także wynika

z art. 15a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [30]. Generalnie więc również pod tym względem lekarze cywilni i wojskowi są zrównani. Nie ma zatem uzasadnienia dla różnicowania ich zakresu odpowiedzialności karnej za skutki błędu medycznego.

Wnioski

W polskim prawie karnym nie zdefiniowano pojęcia błędu medycznego, można jednak przyjąć w oparciu o wypowiedzi doktryny i judykatury, że jest to postępowanie niezgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej i praktyką medyczną, które prowadzi do negatywnych skutków dla życia lub zdrowia pacjenta.

Lekarz dopuszczający się błędu medycznego może ponieść odpowiedzialność za przestępstwo skutkowe przeciwko życiu lub zdrowiu opisane w rozdziale XIX K.k.

Lekarz wojskowy, czyli żołnierz pełniący czynną służbę wojskową, ma status tzw. funkcjonariusza publicznego. Może więc ponieść odpowiedzialność za występki stypizowane w art. 231 K.k., czyli za niedopełnienie obowiązków lub przekroczenie uprawnień.

Odpowiedzialność na podstawie art. 231 K.k., opisującym tzw. przestępstwo urzędnicze, ogranicza się do lekarzy wojskowych wykonujących obowiązki w sferze organizacyjno-administracyjnej. Natomiast lekarze-żołnierze udzielający świadczeń zdrowotnych powinni być zrównani w zakresie odpowiedzialności za skutki błędu medycznego z lekarzami cywilnymi. Ich zachowanie nie godzi bowiem w dobro prawne, chronione za pomocą wspomnianego przepisu, czyli prawidłowe funkcjonowanie instytucji państwowej lub samorządowej. Takie ograniczenie odpowiedzialności wynika również z wypowiedzi judykatury, w których odpowiedzialność na podstawie art. 231 K.k. była przypisywana jedynie tym lekarzom wojskowym, którzy pełnili funkcje kierownicze, administracyjne w placówce medycznej.

Piśmiennictwo

- Dz. U. poz. 2305, z późn. zm.
- Popielski B. *Medycyna i prawo*. Warszawa, 1968; 357
- Popielski B. *Pogranicze etyki i prawa. Błąd lekarski* [w:] Kielanowski T. (red.), *Etyka i deontologia lekarska*. Warszawa, 1985; 136–137
- Kędziora R. *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa, 2009; s. 199, 228
- Liszewska A. *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków, 1998; 28, 196
- Sygn. akt: IV CR 39/54, OSNCK, 1957; 1: poz. 7
- Zoll A [w:] Zoll A (red.). *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*. T. I. Kraków, 2012; 154
- Lelental S [w:] Waszczyński J (red.). *Prawo karne w zarysie. Nauka o ustawie karnej i przestępstwie*. Łódź, 1992; 175
- Maj R. *Podstawy legalności czynności leczniczych w świetle ustawy o zawodzie lekarza z 5 grudnia 1996 r.*, *Ann. UMCS*, 2000; 47: 189
- Rejman G. *Odpowiedzialność karna lekarza*. Warszawa, 1991; 171
- Zoll A. *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenia w leczeniu*. Warszawa, 1988; 55 i n. Por. także orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt: IV CR 39/54, OSNCK, 1957; 1: poz. 7), w którym Sąd wskazał, że „Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym” [podkr. aut.]
- Schmoller K. *Standardowe postacie w prawie karnym jako pomocniczy punkt odniesienia w ocenach prawnych*, *Prz. Praw. Kar.*, 1992; 5: 44–45
- Wyrok dnia z 13.03.2013 r., sygn. akt: II K 63/10, LEX nr 1907903
- Rejman G. *Czynność lecznicza wykonywana przez zespół lekarski a odpowiedzialność karna* [w:] Filar M (red.). *Prawo a medycyna u progu XXI wieku*, Toruń, 1987: 57–58
- Na temat błędów organizacyjnych zob.: Kubiak R. *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia*. Cz. I: niedomogi kadrowe, *Medycyna Praktyczna*, 2022; 1: 128–136, tenże: *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia*. Cz. II: nieodpowiednie warunki techniczne i sanitarne, *Medycyna Praktyczna*, 2022, 2: 134–140, tenże, *Odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w ochronie zdrowia*. Cz. III: brak procedur bądź ich nieprzestrzeganie, *Medycyna Praktyczna*, 2022; 5: 120–128
- Sygn. akt: WA 17/07, OSNwSK 2007/1/701
- Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.
- Bartczak-Oplustil A., [w:] Zoll A (red.). *Kodeks Karny. Część szczególna. Komentarz* LEX, Warszawa, 2013; 1204
- Sygn. akt: WA 23/14, LEX nr 1554340
- Stefańska BJ, [w:] Stefański RA (red.). *Kodeks Karny. Komentarz*. Warszawa, 2017; 1512, 1514
- Sygn. akt: WA 30/01, LEX nr 558341
- Potulski J, [w:] Gardocki L (red.). *System prawa karnego, tom 8. Przestępstwa przeciwko państwu i dobrom zbiorowym*. Warszawa, 2013; 603
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 r., sygn. akt: II AKa 252/99, KZS 2000/4/37
- Sygn. akt: WA 10/02, LEX nr 564083
- W uchwale 7 sędziów z dnia 24 stycznia 2013 r. (sygn. akt: G.Prawna SIA 2013/51/4) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że „art. 231 par. 1 kodeksu karnego stanowi o konkretnym narażeniu na niebezpieczeństwo „a więc należy do kategorii przestępstw materialnych, znamiennych skutkiem, którym jest wystąpienie niebezpieczeństwa powstania szkody w interesie publicznym lub prywatnym”, natomiast działanie pracownika powoduje co najmniej „stan narażenia dobra prawem chronionego (interesu publicznego lub prywatnego) na niebezpieczeństwo powstania szkody. Niebezpieczeństwo, które wprowadzie nie musi być bezpośrednie, ale musi być rzeczywiste i skonkretyzowane”
- Sygn. akt: IV KKN 273/01, LEX nr 74484
- Por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2004 r., sygn. akt: I KZP 37/03, *Wokanda* 2004/5/16
- Na temat zasad tej ochrony zob. szerzej Kubiak R. *Karnoprawna ochrona pracowników medycznych* [w:] Zajdel-Całkowska J (red.), *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*. Warszawa, 2021; 385–416
- W myśl tego przepisu ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu przysługuje lekarzowi, który:
 - wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 (tj. w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy pacjentowi mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia),

- wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.
30. Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm. Przepis ten stanowi, że osoba wykonująca zawód medyczny, udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym, korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny dla funkcjonariuszy publicznych