

**KATARZYNA BAKALARZ\*,  
SYLWIA KLEEMANN\*\*, AGATA ROZYNEK\*\*\***

---

Studentki IV roku prawa,  
Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

\*<https://orcid.org/0000-0002-3873-9383>

\*\* <https://orcid.org/0000-0002-4717-6033>

\*\*\*<https://orcid.org/0000-0002-2861-1570>

---

# **Wyłączenie odpowiedzialności osób wykonujących zawody medyczne za zachowania związane z przeciwdziałaniem pandemii spowodowanej rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2**

## **Wprowadzenie**

Współcześnie od ponad roku świat zmaga się z nową, pandemiczną rzeczywistością, wywołującą doniosłe skutki w wielu dziedzinach życia społecznego, w tym również w zakresie prawa. Nieznana dotąd mutacja wirusa wymaga nieustannej gotowości do udzielania

świadczeń zdrowotnych. W zestawieniu z niedostateczną dotychczas wiedzą odnośnie do skutecznych metod zwalczania, a także samego przebiegu choroby i leczenia ewentualnych powikłań, powoduje to potencjalną możliwość podejmowania czynności niosących za sobą skutki niepożądane społecznie. Pojawia się w związku z tym wiele problemów praktycznych oraz zagadnień prawnych, które warto wziąć pod rozwagę. Ochrona dóbr społecznych przed ich naruszeniami lub zagrożeniami jawi się jako najważniejsze zadanie prawa karnego<sup>1</sup>. Ponadto z pewnością do najbardziej fundamentalnych wartości, uznawanych przez społeczeństwo za wymagające szczególnej ochrony za pomocą instrumentów prawa karnego, należą życie i zdrowie. Wobec tego istotne znaczenie ma rozważenie kwestii ponoszenia odpowiedzialności przez lekarzy i pozostałych pracowników medycznych za czynności podejmowane w związku z przeciwdziałaniem szerzącej się epidemii.

## **1. Odmowa udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza w sytuacji braku zapewnienia środków ochrony indywidualnej**

Prawna ochrona zdrowia została ustanowiona w art. 68 ust. 1 ustawy zasadniczej<sup>2</sup>, zgodnie z którym każdy ma prawo do jego ochrony. Ujęcie konstytucyjnoprawne wyraźnie akcentuje, że protekcją objęte są zarówno osoby występujące w roli pacjentów, jak i przedstawiciele personelu medycznego, którzy są szczególnie narażeni na zakażenie w walce z wirusem. Dlatego też w okresie pandemii, a szczególnie w jej początkowej fazie, pojawiły się liczne wątpliwości dotyczące karnoprawnej oceny zachowań przedstawicieli służby zdrowia, które polegały na odmowie udzielania świadczeń medycznych, wiążącej się z obawą przed zakażeniem, którą potęguje dodatkowo

---

<sup>1</sup> J. Giezek, *Wiadomości wstępne. Nauka o ustawie karnej*, [w:] M. Bojarski (red.), *Prawo karne materialne: część ogólna i szczególna*, Warszawa 2020, s. 31.

<sup>2</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 78, poz. 483 ze zm.), dalej: Konstytucja RP.

brak zapewnienia odpowiednich środków ochrony indywidualnej, z pewnością niezbędnych do ochrony konstytucyjnie przyznanego prawa. Unaocznia się tu zatem problem związany z sytuacją, w której lekarz zobowiązany jest do udzielania świadczeń pomocy medycznej, ale ze względu na brak środków ochrony jego życie oraz zdrowie również zostają narażone.

Obowiązek normatywny udzielania pomocy wynika z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>3</sup>. Wskazany przepis brzmi następująco: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Analiza tego przepisu pozwala dojść do wniosku, że nakłada on na lekarzy dyrektywę, której niespełnienie przez nieudzielenie pomocy pacjentowi będzie wiązało się z ponoszeniem odpowiedzialności<sup>4</sup>. Problematyka ta jest stosunkowo często poruszana na płaszczyźnie prawa medycznego, przy czym z pewnością obecna rzeczywistość skłania do pogłębienia refleksji w tym zakresie.

Analizując zagadnienie związane z ponoszeniem odpowiedzialności karnej lekarzy w sytuacji odmowy udzielenia przez nich pomocy z powodu niezapewnienia im odpowiednich warunków w postaci braku środków ochrony indywidualnej, należy posłużyć się znaną prawu penalnemu regulacją występującą w Kodeksie karnym<sup>5</sup> – instytucją stanu wyższej konieczności. Konstrukcja zawarta w art. 26 § 1 k.k. pozwala na wyłączenie bezprawności w sytuacji, w której dobro poświęcane przez sprawcę przedstawia wartość niższą niż dobro ratowane – oczywiście przy pewnym zastrzeżeniu spełnienia wszelkich warunków niezbędnych do uznania sytuacji kolizyjnej za stan wyższej

---

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 514 ze zm.).

<sup>4</sup> Źródło obowiązku niesienia pomocy pacjentom wynika również z Kodeksu Etyki Lekarskiej, nakłada on jednak na lekarza obowiązek wyłącznie o charakterze deontologicznym. Artykuł 2 ust. 1 stanowi bowiem, że „powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu”.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1444 ze zm.), dalej: k.k.

konieczności. Wyrażona w przepisie zasada proporcjonalności stanowi podstawę rozróżnienia instytucji wyłączającej bezprawność oraz winę, odnosząc się do sytuacji odmowy udzielenia pomocy pacjentowi przez lekarza, umożliwia zastosowanie kontratypu w okolicznościach, gdy w kolizji pozostają odpowiednio życie lekarza oraz zdrowie pacjenta. Inaczej rzecz ujmując, w sytuacji zagrażającej życiu lekarza, może on poświęcić zdrowie pacjenta. Jednakże w tym miejscu warto podkreślić, że przebieg COVID-19 nie jest jednolity. Choroba spowodowana zarażeniem wirusem SARS-CoV-2 w niektórych przypadkach przebiega w sposób bezobjawowy, doświadczenie życiowe pozwala jednak zauważyć, że w wielu sytuacjach prowadzi do powstania niepożądanych skutków w postaci uszczerbku na zdrowiu (w stopniu lekkim, średnim oraz ciężkim), a nawet śmierci. Na przestrzeni ostatnich miesięcy prowadzone są liczne badania dotyczące czynników determinujących przebieg zakażenia, lecz nadal brak aktualnie dostatecznej wiedzy odnośnie do intensywności przebiegu choroby, ewentualnych powikłań, a także śmiertelności, co znacząco utrudnia ocenę stopnia niebezpieczeństwa dla zdrowia oraz życia wynikającego z faktu samego zakażenia się chorobą. Można zatem dojść do konstatacji, że trudno jednoznacznie określić, jaki skutek spowoduje zakażenie się wirusem, a w konsekwencji do narażenia jakiego dobra dojdzie w konkretnym przypadku. Pojawia się zatem wątpliwość, czy w danym stanie faktycznym zastosowanie znajdzie konstrukcja kontratypu prowadząca do wyłączenia bezprawności czynu, czy też należy się odnieść do okoliczności wyłączającej zawinienie. Lekarz, jako gwarant życia i zdrowia ludzkiego, jest zobowiązany do tego, by zapobiegać niebezpieczeństwu zagrażającemu tym dobrom<sup>6</sup>. W stosunku do niego nie znajdzie zatem zastosowania regulacja art. 26 § 2 k.k. wyłączająca winę w sytuacji, gdy sprawca poświęca dobro nieprzedstawiające wartości oczywiście wyższej od ratowanego. W przypadku narażenia dóbr prawnych o wartości równorzędnej, takich jak zdrowie – zarówno pacjenta, jak i lekarza – ten drugi powinien udzielić pomocy pacjentowi, którego zdrowie jest zagrożone, nawet jeśli konsekwencją tego działania byłoby narażenie go na niebezpieczeństwo osobiste

---

<sup>6</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 r., WK 14/13, LEX nr 1375270.

w postaci utraty zdrowia. Obowiązek ten nakłada na lekarza art. 26 § 4 k.k. Przepis stanowi, że gdy na sprawcy ciąży szczególny obowiązek ochrony, nie zaktualizuje się możliwość wyłączenia jego zawinienia. Jak wskazuje A. Zoll, obowiązek musi mieć swoje źródło w normie prawnej. Ponadto uznaje, że taką normą prawną nie jest art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdyż nakłada on na wszystkich lekarzy ogólny, a nie szczególny, obowiązek świadczenia niezbędnej pomocy lekarskiej<sup>7</sup>. M. Kulik podkreśla, że szczególny obowiązek określony w art. 26 § 4 k.k. może wynikać zarówno z ustawy, jak i umowy<sup>8</sup>. Za źródło szczególnego obowiązku należałoby zatem uznać normę skonkretyzowaną, taką jak stosunek pracy czy umowa lekarza z pacjentem.

Warto zaznaczyć, że na lekarzu niebędącym gwarantem nienastąpienia skutku spoczywa powszechny obowiązek udzielenia pomocy w sytuacji, gdy osoba znajduje się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla utraty życia lub spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co może mieć miejsce w przypadku zarażenia się wirusem SARS-CoV-2. Jednakże art. 162 § 1 k.k. (typizujący przestępstwo nieudzielenia pomocy) *in fine* wskazuje, że do udzielenia takiej pomocy zobligowana jest osoba, która ma możliwości zrealizowania jej bez narażenia siebie lub innej osoby na wspomniane wcześniej skutki, co nie znajdzie zastosowania w stanie faktycznym, w którym niezapewnione zostały odpowiednie warunki do podjęcia pomocy.

## 2. Kolizja obowiązków w przypadku świadczenia pomocy zdrowotnej w okresie pandemii

W celu kompleksowego przedstawienia problematyki niezbędne jest scharakteryzowanie instytucji kolizji obowiązków. Jest to stan wyłączający przestępczość zachowania na zasadzie wyłączenia

---

<sup>7</sup> A. Zoll, *Komentarz do art. 26*, [w:] W. Wróbel, A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część ogólna*, t. 1, cz. 1: *Komentarz do art. 1–52*, Warszawa 2016, LEX/el.

<sup>8</sup> M. Kulik, *Komentarz do art. 26*, [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 114.

bezpprawności lub winy, w zależności od wartościowania dóbr prawnych, co powoduje, że owa kolizja obowiązków nie ma jednolitego charakteru prawnego. Działający w sytuacji kolizji obowiązków ma za zadanie rozwiązać problematyczną sytuację. Z całą pewnością taka kolizja w zawodzie lekarza jest sytuacją trudną do jednoznacznego ocenienia, zwłaszcza dla osób niebędących pracownikami medycznymi. Najbardziej niejasny jest przypadek kolizji dóbr o tej samej wartości. Budzi on wiele wątpliwości moralnych i prawnych. W celu zgłębienia tej problematyki należy poddać analizie art. 26 § 5 k.k.

Stanowi on, że przepisy art. 26 § 1–3 k.k. stosuje się odpowiednio, gdy z ciężących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony, a więc tylko jeden w danych okolicznościach może być skutecznie wykonany<sup>9</sup>. Należy zgodzić się z większościowym poglądem doktryny, że jest to okoliczność odrębna od stanu wyższej konieczności. Dla rzetelnego zgłębienia sensu omawianego przepisu konieczne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, na czym polega „odpowiednie” stosowanie art. 26 § 1–3 k.k. Przede wszystkim należy przyjąć w tym zakresie trzy zasadnicze kryteria. Jak wskazuje S. Tarapata, po pierwsze, należy przyjąć, że jedynym i zarazem wyłącznym warunkiem zastosowania art. 26 § 1 k.k. do sytuacji tzw. kolizji obowiązków jest ustalenie, że taka sytuacja w ogóle zachodzi. Po drugie, S. Tarapata podkreśla, że funkcją stanu wyższej konieczności wyłączającego bezpprawność, stosowanego w sytuacji kolizji obowiązków, nie jest ustalenie granic, w jakich naruszenie aktualizującego się obowiązku prawnego ze względu na inny aktualizujący się obowiązek prawny jest legalne. Jego funkcją jest natomiast wyznaczenie reguł rozstrzygających o tym, który z wyłączających się wzajemnie obowiązków faktycznie, tj. w konkretnym przypadku, ciążył na sprawcy. Jako ostatnie kryterium preferencji należy przyjąć, że stan wyższej konieczności wyłączający bezpprawność – nie zaś ten wyłączający winę, czyli scharakteryzowany w art. 26 § 2 k.k. – znajduje zastosowanie również do sytuacji kolizji obowiązków równej wagi<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> S. Tarapata, *Problem rozstrzygnięcia prawnokarnej kolizji dóbr w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych*, „Palestra” 2020, nr 6, s. 179–180.

Powyżej wskazane kryteria preferencji są pomocne w ustaleniu granic dopuszczalnego ryzyka dla dobra chronionego prawem. Należy jednak wziąć pod uwagę, że w dzisiejszych czasach mamy do czynienia z anormalną sytuacją, jaką jest pandemia. W związku z tym precyzyjne określenie granic dla ochrony dobra prawnego, jakim jest zagrożone ludzkie życie, jest trudne.

Dokładniejszej analizy wymaga trzecie kryterium, czyli sytuacja kolizji obowiązków dóbr o tej samej wartości, która wyłącza bezprawność. Dzieje się tak, ponieważ w sytuacji, gdy mamy zestawione ze sobą dwa dobra o równej wartości, nie zachodzi tzw. anormalna sytuacja motywacyjna, która jest substratem każdej okoliczności wyłączającej winę. J. Majewski sformułował uwagę krytyczną do brzmienia art. 26 § 5 k.k. Krytykuje on konstrukcję tego przepisu, w której nie uzależniono wyłączenia winy od wystąpienia anormalnej sytuacji motywacyjnej. Uważa ponadto, że ze względu na to należy uznać przepis za wadliwie sformułowany. S. Tarapata podkreśla jednak, iż sens zawinienia pojawia się wówczas, gdy sprawca w wyniku działania czynników zewnętrznych na jego proces decyzyjny nie był w swym wyborze wolny. W związku z tym koniecznym elementem art. 26 § 5 k.k. – w zakresie, w jakim dotyczy on konstrukcji wyłączającej winę – musi być anormalna sytuacja motywacyjna<sup>11</sup>. Wyłączenie winy ma miejsce wówczas, gdy sprawca, pomimo że przekroczył pewną granicę, nie zasługuje na moralne potępienie. Przykładem takiej sytuacji może być moment, w którym lekarz nie zastosował się do kryteriów preferencji, lecz podjął decyzję pod wpływem zmęczenia, braków w wyposażeniu placówki medycznej albo presji ze strony pacjentów bądź przełożonych.

Zgodnie z twierdzeniem J. Lachowskiego należy więc podkreślić, że odpowiednie stosowanie zasady proporcjonalności do kolizji obowiązków oznacza, że jeśli kolidują ze sobą dobra tej samej wartości, ma miejsce wyłączenie bezprawności, a nie jedynie winy. Jak podkreśla autor, w przeciwnym wypadku zaniechanie jednego z kolidujących obowiązków stanowiłoby czyn bezprawny, co oznacza, że można byłoby zmuszać sprawcę do odstąpienia od realizacji obowiązku,

<sup>11</sup> Ibidem, s. 190.

który zamierzał zrealizować, i do spełnienia obowiązku, którego zaniechał<sup>12</sup>. Nasuwa się pytanie, jak się rzeczy mają, gdy dojdzie do kolizji obowiązków tej samej wagi i zaniechania ich wypełnienia. Kolizja obowiązków identycznej wagi będzie miała miejsce tylko wtedy, gdy niewypełnienie żadnego z nich będzie wyczerpywać znamiona określone w tym samym przepisie ustawy karnej<sup>13</sup>. Przykładem powyższego będzie sytuacja, w której lekarz miał za zadanie podłączyć dwóch pacjentów do respiratora, ale wobec braku sprzętu nie podłączył żadnego z nich.

W doktrynie wskazuje się, że gdy z ciężących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony, należy wybrać obowiązek dotyczący dobra bardziej cennego. W tym miejscu nasuwa się wątpliwość, co będzie dobrem wyższej wartości w przypadku ratowania ludzkiego życia: czy będzie to życie młodej osoby, a mniej cennym dobrem okaże się życie osoby starszej i chorej? Kwestia ta zawsze będzie budzić wiele kontrowersji. J. Giezek słusznie zauważa, że w kontekście kolizji obowiązków równej wagi nie da się wyodrębnić kryterium ułatwiającego wybór obowiązku podlegającego wykonaniu, co może nasuwać spostrzeżenie, iż wyboru tego dokonuje sam gwarant. Podkreśla też, że w doktrynie są podejmowane liczne próby wskazania dodatkowych kryteriów, niewynikających z ustawy<sup>14</sup>. Można w tym zakresie podnieść wątpliwość, jak ocenić sytuację, gdy lekarz wybrał ratowanie osoby zakażonej koronawirusem, zamiast ratować życie osoby chorej na inną, lecz równie niebezpieczną chorobę.

Warto w tym miejscu odwołać się do art. 33a ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>15</sup>. Wskazano w nim, że w wyniku segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali nazywanej *triage*, wyróżniającej pięć kolorów służących przypisaniu pacjenta

---

<sup>12</sup> J. Lachowski, *Komentarz do art. 26*, [w:] V. Konarska-Wrzosek (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2020, LEX/el.

<sup>13</sup> Ibidem.

<sup>14</sup> J. Giezek, *Kolizja obowiązków spoczywających na pracownikach opieki medycznej w dobie pandemii COVID-19*, „Palestra” 2020, nr 6, s. 37.

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 882 ze zm.).

do jednej z pięciu kategorii pilności. Skala ta jest stosowana w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Stanowi przykład wewnętrznego kryterium obowiązującego w szpitalach, według którego lekarzom łatwiej jest podjąć decyzję, któremu pacjentowi należy szybciej udzielić pomocy. W trwającej już ponad rok pandemii w Polsce nie wprowadzono żadnej specjalnej skali pomocnej przy ratowaniu pacjentów chorych na COVID-19. Najrozsądniejszym rozwiązaniem jest stosowanie takich kryteriów preferencji, które pozwolą najlepiej wykorzystać istniejące zasoby medyczne i uratować jak najwięcej chorych. Należałoby natomiast unikać stosowania takich kryteriów preferencji, które jako wyznacznik przyjmują wartość społeczną chorego. Ochrona życia ludzkiego w żadnym przypadku nie powinna zależeć od tego, kim jest dana osoba, czym się zajmuje lub co osiągnęła. Wprowadzenie takich kryteriów w oczywisty sposób prowadziłoby do uprzedmiotowienia człowieka<sup>16</sup>. Ponadto stanowiłoby naruszenie konstytucyjnego zakazu dyskryminacji oraz godziło w przyrodzoną wartość i godność człowieka.

### 3. Tak zwana klauzula dobrego Samarytanina

Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19<sup>17</sup> wprowadziła w art. 24 tzw. klauzulę dobrego Samarytanina. Przedmiotowa regulacja została wdrożona do polskiego porządku prawnego w celu ochrony służb medycznych w sytuacji udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z rozpoznaniem lub leczeniem choroby wywoływanej wirusem SARS-CoV-2.

Przepis wyłącza możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności karnej za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci człowieka, nieumyślnego spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

---

<sup>16</sup> S. Tarapata, op. cit., s. 187.

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r., poz. 2112 ze zm.).

nieumyślnego naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia lub nieumyślnego naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia trwającego nie dłużej niż 7 dni oraz nieumyślnego narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W każdym przypadku czyn zabroniony musi zostać popełniony nieumyślnie. Oznacza to, że sprawca czynu zabronionego nie tylko narusza zasady ostrożności, ale pomiędzy owym naruszeniem a konkretnym skutkiem zachodzi związek przyczynowy.

Klauzula ta dotyczy lekarzy, lekarzy dentyistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji, felczerów<sup>18</sup>, pielęgniarzy, położnych oraz ratowników medycznych. Może mieć zastosowanie tylko w sytuacji łącznego wystąpienia okoliczności wskazanych w przepisie: (1) czyn zabroniony musiał zostać popełniony w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii; (2) w ramach rozpoznawania lub leczenia choroby wywoływanej wirusem SARS-CoV-2; (3) podczas działania w szczególnych okolicznościach. Możliwość powołania się na klauzulę wyłączona jest w przypadku wystąpienia określonego skutku czynu zabronionego, będącego wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.

W celu omówienia klauzuli dobrego Samarytanina istotne będzie wskazanie, czym jest błąd medyczny. W przepisach prawnych nie określono definicji legalnej tego pojęcia, co więcej, należy nadmienić, że termin ten jest często używany zamiennie z pojęciem błędu lekarskiego czy błędu w sztuce lekarskiej. Punktem wyjścia jest przede wszystkim art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty stanowiący, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis ten ustanawia zatem podstawowe zasady, którymi powinien się kierować lekarz w ramach wykonywania swojego zawodu; nadto stanowi

---

<sup>18</sup> Przez felczera należy rozumieć osobę, która nie ukończyła wyższych studiów medycznych, lecz zdobyła kwalifikacje na poziomie średnim, której Naczelna Rada Lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu.

ważny punkt odniesienia przy ocenie odpowiedzialności prawnej lekarza – cywilnej oraz karnej<sup>19</sup>. Naruszenie wskazanego w nim obowiązku skutkuje powstaniem błędu medycznego. Należy stwierdzić, że błąd medyczny jest pojęciem szerszym od pojęcia błędu w sztuce lekarskiej, gdyż odnosi się również do osób niebędących lekarzami, np. pielęgniarek czy ratowników medycznych<sup>20</sup>. Błąd lekarski to działanie albo zaniechanie niezgodne z nauką medycyny, polegające na naruszeniu przez medyka zasad ostrożności obowiązujących przy czynnościach lekarskich; może dotyczyć diagnozy, terapii oraz rehabilitacji. Z kolei błąd medyczny to każde postępowanie obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami ostrożności. Błąd medyczny obejmuje błąd lekarski, który zależy od aktualnego stanu wiedzy medycznej<sup>21</sup>.

Regulacja zakłada, że osoba, która popełniła czyn zabroniony w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z COVID-19, nie popełnia przestępstwa. Należy jednak ustalić, czy w przedmiotowej sytuacji mamy do czynienia z wyłączeniem winy sprawcy czy bezprawności jego czynu. Ze względu na konstrukcję tego przepisu jako najbardziej prawdopodobna intencja ustawodawcy jawi się nieuznawanie wskazanych wcześniej czynów zabronionych za przestępstwo, ponieważ dany czyn pozostaje wprawdzie bezprawny, ale nie jest przestępstwem ze względu na brak zawinienia sprawcy. W konsekwencji osobie, która dopuściła się czynu zabronionego, nie będzie można przypisać winy, lecz będzie ją można pociągnąć do odpowiedzialności cywilnej oraz zawodowej. Ostatecznie możliwe będzie wytoczenie powództwa o odszkodowanie, a także pociągnięcie do odpowiedzialności przez samorząd zawodowy. Należy pamiętać, że wskazane w przepisie czyny zabronione naruszają najwyższe chronione wartości, jakimi są zdrowie i życie, w związku z czym nie można mówić o zupełnym braku odpowiedzialności osób, które swoim zachowaniem istotnie w nie zaangażowały.

---

<sup>19</sup> M. Kopeć, *Komentarz do art. 4*, [w:] M. Kopeć (red.), *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Warszawa 2016, LEX/el.

<sup>20</sup> A. Fiutak, *Prawo w medycynie. Akademia prawa*, Warszawa 2010, s. 73.

<sup>21</sup> A. Sieńko, *Błędy medyczne – odpowiedzialność lekarza i placówki medycznej*, Warszawa 2013, s. 67–68.

Kolejną przesłanką przedmiotowej regulacji to udzielanie świadczeń zdrowotnych „w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19”. Oznacza to istotne zawężenie grona osób, które mogłyby, ze względu na przeciążenie systemu opieki zdrowotnej, z takiego wyłączenia skorzystać. Zdaniem osób pracujących w służbach medycznych liczba błędów popełnionych w leczeniu COVID-19 jest i będzie znikoma, gdyż leczenie ogranicza się w zasadzie do tlenoterapii oraz stosowania osocza „ozdrowieńców”, a główny problem stanowią błędy popełnione w leczeniu chorób współistniejących z COVID-19 oraz błędy diagnostyczne, np. nierozpoznanie początkowej fazy udaru ze względu na nadmierną liczbę pacjentów w stosunku do liczby lekarzy. Środowisko medyczne podnosi, że jest to przykład nierównego traktowania, ponieważ nie uwzględnia personelu medycznego pracującego na pozostałych oddziałach szpitalnych, niezwiązanych z leczeniem COVID-19, który błąd może popełnić z powodu nadmiernego przemęczenia spowodowanego brakami kadrowymi.

Wątpliwości budzi fakt, że personel medyczny musiałby działać w szczególnych okolicznościach. Zwrot ten jest nieprecyzyjny, nieostry. Ponadto w ustawie brakuje jego definicji legalnej. Środowisko medyczne wskazuje, że dla niego szczególne okoliczności to przede wszystkim działanie na skraju wydolności systemu ochrony zdrowia. W tym kontekście można mówić o braku odpowiedniego sprzętu medycznego, brakach kadrowych, nadmiernym przemęczeniu związanym z wykonywaniem pracy w czasie nienormalnym. Nieostrość zwrotu oraz brak definicji ustawowej pozwalają na dowolność oceny dokonanej przez prokuratora, a następnie sąd. Ponadto szczególne okoliczności to nie tylko okoliczności rozumiane w znaczeniu przedmiotowym, ale i podmiotowym. Badając daną sytuację, należałoby zatem również uwzględnić zawód medyczny osoby, która dopuściła się błędu medycznego, jej kwalifikacje, wiedzę oraz doświadczenie<sup>22</sup>.

Wyłączenie odpowiedzialności karnej nie będzie mogło mieć zastosowania, gdy skutek czynu zabronionego będzie wynikiem rażącego

---

<sup>22</sup> P. Magda, *Opinia do ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (druk nr 235)*, Warszawa 2020, s. 4.

niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, tj. gdy osoba wyczerpie znamiona nieumyślnego czynu zabronionego, a jej zachowanie będzie w rażąco sposób naruszać zasady ostrożności. Rozstrzygnięcie, czy doszło do naruszenia zasad ostrożności, musi zostać dokonane w sposób obiektywny i uwzględniać to, jak w danej sytuacji o określonym stanie faktycznym zachowałby się inny człowiek. Po raz kolejny jednak mamy do czynienia ze zwrotem nieostrym – należałoby odróżnić zwykłe od rażącego naruszenia sztuki medycznej. Nie można jednoznacznie stwierdzić, kiedy naruszenie reguł ostrożności nie będzie naruszeniem rażącym, taka ocena zatem także będzie należeć do prokuratora oraz sądu. Niemniej zawarcie w przepisie takiego wyłączenia ma na celu zapobieżenie zupełnej bezkarności oraz sytuacjom nienależytego wywiązywania się ze swoich obowiązków, gdyż w dalszym ciągu ochrona zdrowia i życia są wartościami nadrzędnymi.

Istotne jest, że owa regulacja obowiązywać będzie tylko w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, a więc wbrew oczekiwaniom środowiska medycznego jest to jedynie rozwiązanie doraźne. Stanowisko w sprawie wprowadzenia tej instytucji do porządku prawnego zajęło Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej<sup>23</sup>. W jego ocenie sama idea wprowadzenia klauzuli dobrego Samarytanina jest zasadna i przede wszystkim niezbędna do zapewnienia środowisku medycznemu odpowiednich warunków do niesienia pomocy zdrowotnej pacjentom w trudnych czasach epidemii, bez strachu odnoszącego się do ewentualnej odpowiedzialności karnej. W swoim stanowisku wskazało jednak wątpliwości, które budzi owa regulacja, a dotyczące ograniczenia odpowiedzialności karnej lekarzy przy jednoczesnym pozostawieniu możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności cywilnej i zawodowej, a także wyłączenia odpowiedzialności tylko w sytuacji, gdy czyn zabroniony został popełniony

---

<sup>23</sup> Stanowisko nr 117/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 października 2020 r. w sprawie projektu o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacji kryzysowej związanym z wystąpieniem COVID-19 <<https://nil.org.pl/aktualnosci/5108-stanowisko-podjete-przez-pnrl-w-dniu-20%20%20października-2020-r>> [dostęp: 17.04.2021].

podczas działania w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19 oraz w szczególnych okolicznościach.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy opublikował propozycję zmiany przedmiotowego przepisu<sup>24</sup>, który byłby bardziej zrozumiały i przede wszystkim dawałby realne poczucie prawnego bezpieczeństwa środowisku medycznemu. Proponowana regulacja rozszerza krąg podmiotów, które zostałyby nią objęte, np. o fizjoterapeutów, poprzez uznanie ich za osoby wykonujące zawód medyczny. Nadto nie byłaby ograniczona wyłącznie do przypadków COVID-19, ale wszystkich zakażeń i chorób zakaźnych. Co więcej, z daleko idącej ostrożności dodano zapis o obowiązywaniu tej regulacji nie tylko w czasie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ale również w czasie zwalczania katastrof i klęsk żywiołowych. Dodano ponadto możliwość zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary oraz odstąpienia od jej wymierzenia w przypadku, gdy czyn zabroniony był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, czego nie zakłada obowiązująca regulacja.

## Podsumowanie

Reasumując, obecna sytuacja wymaga dostosowania regulacji prawnokarnych do wciąż zmieniającej się rzeczywistości. Nieustanna presja związana z ratowaniem dóbr uznawanych za społecznie najcenniejsze, spotęgowana dodatkowo brakiem warunków do wykonywania świadczeń zdrowotnych, wskazuje na potrzebę wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa oraz ochrony prawnej osób wykonujących zawody medyczne. Do kwestii wyłączenia odpowiedzialności karnej pracowników służby zdrowia znajdują zastosowanie przepisy obowiązujące w prawie karnym przed wprowadzeniem stanu epidemii, lecz ustawodawca, próbując dostosować prawne unormowania

---

<sup>24</sup> K. Izdebski, K. Kolankiewicz, *Czy dobry Samarytanin jest dobry? – analiza prawna tzw. klauzuli dobrego Samarytanina* <<https://www.ozzl.org.pl/aktualnosci/14015-czy-dobry-samarytanin-jest-dobry-analiza-prawna-tzw-klauzuli-dobrego-samarytanina>> [dostęp: 17.04.2021].

do obowiązującej rzeczywistości, wprowadził też wiele nowych regulacji, w tym zwłaszcza klauzulę dobrego Samarytanina. Niemniej jednak wprowadzone zmiany nie wyeliminowały wszystkich wątpliwości pracowników służby zdrowia<sup>25</sup>, w związku z czym jako niezbędne jawi się ich odpowiednie doprecyzowanie bądź w uzasadnionych przypadkach – rozbudowanie.

## **Healthcare professionals' exclusion of liability for counteracting the pandemic of SARS-CoV-2 virus**

### **Summary**

The article aims to point out the incessantly changing circumstances caused by the global pandemic. The new reality requires adaptation as well as changes in the habits of the society. The pandemic also impacts legal systems, particularly the criminal law. Due to this fact, fundamental questions arise, in particular, how legislation might secure the overstretched health service against presumptive criminal liability. The paper discusses the most debatable aspects that healthcare professionals might face, notably the refusal of health benefit when the doctor is not provided with personal protective equipment or conflict of the interest during medical treatment. Furthermore, the article presents the newly implemented institution – the good Samaritan clause, which exempts from criminal liability health professionals defined in the act, under special circumstances for indicated criminal offenses. The issues outlined hereinabove are based on the mandatory legal provisions, the views of the doctrine and jurisprudence as well as the stance of medical services.

---

<sup>25</sup> Stanowisko nr 117/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 października 2020 r.