

Uwagi na tle postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2017 r. (KK 306/16) oraz wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2017 r. (II KK 215/17)

I. Fakty w sprawie

Wymienione w tytule dwa orzeczenia Sądu Najwyższego odnoszą się do tego samego stanu faktycznego i tych samych oskarżonych. Postępowanie karne na tych orzeczeniach się nie zakończyło, pozwalają one jednak sformułować pewne ogólne wnioski co do stosowania art. 160 k.k., norm określających sposób przewożenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez system ratownictwa medycznego, a także tego, czy pacjent w tym systemie w ogóle ma coś do powiedzenia na temat placówki, do której miałby trafić. Część z tych zagadnień została już opracowana przez T. Srokę¹, jednak wymagają pewnych uzupełnień.

Podstawą orzekania w komentowanej sprawie były wydarzenia z dnia 10 czerwca 2013 r., kiedy oskarżeni mieli wypełnić swoim zachowaniem znamiona czynu z art. 160 § 1 k.k., tj. narazić człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu².

¹ T. Sroka, *Obowiązek transportu pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego do szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala – glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 2.02.2017 r. (II KK 306/16)*, „Palestra” 2019, nr 5, s. 93–110 (dalej: T. Sroka, glosa).

² Stan faktyczny sprawy został zrekonstruowany na podstawie uzasadnienia wyroku SR w Wieluniu z dnia 15 grudnia 2015 r., VI K 197/14 (dalej: uzasadnienie SR w Wieluniu), z uwzględnieniem faktów przywołanych w uzasadnieniu wyroku SO w Sieradzu z dnia 22 czerwca 2016, II KA 92/16 (dalej: uzasadnienie SO w Wieluniu).

Tego dnia J.N. po powrocie do domu, gdzie był nieobecny przez ok. 30 minut, zastał swoją żonę H.N. leżącą na podłodze. Nie mogła podnieść się ani mówić, wykonywała tylko jakieś gesty. Spod ogólnego numeru pogotowia ratunkowego J.N. został przekierowany do właściwej dyspozytorni lokalnej, gdzie zaraz zatelefonował (była godz. 9:53). Jeden z pracowników zebrał od niego wywiad i zapewnił, że karetka będzie wysłana, po czym zgłoszenie przekazał dyspozytorce B.M. (późniejszej oskarżonej). Ponieważ obie karetki z miejscowej stacji pogotowia były zajęte w terenie, na miejsce wezwania dyspozytorka wysłała zespół ratownictwa medycznego z sąsiedniego rejonu, bo ten przypadkowo był najbliższy.

W ciągu 27 minut od przyjęcia zgłoszenia zespół dotarł na miejsce. Ratownicy A.B. i W.B. (także potem oskarżeni) zbadali chorą i stwierdzili objawy kojarzące się z udarem mózgu, m.in. lekki niedowład ciała po stronie prawej i trudności z mówieniem. Pacjentkę przygotowali do transportu: założyli wkłucie dożylnie, sprawdzili saturację, poziom cukru i ciśnienie tętnicze, a o wstępnym rozpoznaniu poinformowali jej męża. J.N. powiedział, że żona stale leczy się w B. i w związku z tym poprosił o przewiezienie jej do tamtejszego szpitala. Ratownicy zapytali wówczas jednego z dyspozytorów, czy należy przewieźć chorą do szpitala w B. czy do szpitala w P., na co ten odpowiedział, aby „zawieźli ją tam, gdzie chcą, ponieważ odległość jest podobna”³.

Trzy minuty później ratownicy ponownie skontaktowali się z dyspozytornią i tym razem, inaczej niż poprzednio, rozmawiali z B.M. Zaproponowali, by chorą przewieźć do szpitala w Ł., dzięki czemu mogliby przy tym wrócić do własnego rejonu⁴.

Dyspozytorka zaakceptowała zaproponowane rozwiązanie, wówczas jednak J.N. oświadczył, że nie zgadza się na to, a nalega na przewiezienie żony do szpitala w B., co doprowadziło do gwałtownej wymiany zdań, podczas której J.N. wypowiadał pod adresem ratowników różne pogroźki

³ Uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 3.

⁴ Oskarżona B.M. tłumaczyła później, że „karetka ma jak najszybciej zabezpieczyć pacjenta i dowieźć do szpitala i jednocześnie być do dalszych dyspozycji na swoim terenie”; uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 7.

(m.in. że „on ich kur... załatwi, tak że nie będą pracować w tej firmie”). Ostatecznie za ich sugestią sam zadzwonił do dyspozytorni i przedstawił swoje żądania bezpośrednio B.M. Powiedział, że z jego okolicy do Ł. jest dalej niż do B., wobec czego pobyt żony w szpitalu w Ł. będzie stanowił dla niego utrudnienie. Zapowiedział, że jeżeli trafi ona do Ł., on zrobi wszystko, żeby została przeniesiona do B. Dyspozytorka tłumaczyła, że procedury nie pozwalają na przewóz chorej do B., a zadaniem karetki nie jest jeździć we wskazane miejsce, „bo to nie jest *taryfa*”⁵. Zapytała natomiast, czy zaakceptowałby przewiezienie żony do szpitala w P., i mąż się zgodził, bo „i tak na własne żądanie przewiezie stamtąd żonę do B.”.

Ostatecznie dyspozytorka poleciła przetransportować H.N. do P. W postępowaniu karnym wyjaśniała, że sądziła w tamtym momencie, iż tamtejszy szpital leczy udary mózgu oraz ma pracownię tomografii komputerowej. Zespół dotarł do P. o 11:50 i wtedy okazało się, że szpital nie dysponuje możliwościami ani leczenia, ani właściwej diagnostyki udarów mózgu. Nie było w nim oddziału neurologicznego (należy jednak zaznaczyć, że miał zawartą z NFZ umowę na leczenie udarów), a pracownia tomograficzna była tego dnia nieczynna. Trzeba też wspomnieć, że szczegółowy przebieg zdarzeń w tym czasie nie był możliwy do jednoznacznego ustalenia. W wersji, którą za oskarżycielem przyjął sąd, dyżurujący w izbie przyjęć lekarz M.R. poinformował ratowników, że pacjentka z udarem mózgu wymaga przewiezienia do ośrodka dysponującego oddziałem neurologii, a taki oddział znajduje się w B. Ratownicy wówczas jakoby oświadczyli, że swoje obowiązki już spełnili i pacjentki nigdzie dalej wieźć nie będą. Sami ratownicy w wyjaśnieniach opisywali inną kolejność zdarzeń, a mianowicie, że czekali w izbie przyjęć 15 minut, po czym pojawił się lekarz dyżurny i zapytał „dlaczego do nas?”, na co odpowiedzieli, że „na polecenie dyspozytora”. Lekarz zbadał wówczas chorą i „potwierdził jej przyjęcie”. Dopiero potem, kiedy już wychodzili, zapytał, „czy by po drodze nie podrzucili pacjentki do B. na oddział neurologiczny”, czego odmówili, ponieważ H.N. była już przyjęta do szpitala,

⁵ Uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 4.

a takich osób przewozić im nie wolno bez polecenia dyspozytora. Proponowali, by lekarz zadzwonił do dyspozytora lub do lekarza koordynatora systemu ratownictwa, na co ten jakoby powiedział, że on zrobi to później, a oni „są wolni”⁶.

Jakakolwiek była kolejność wydarzeń, podczas pobytu zespołu w izbie przyjęć nikt nie kontaktował się z dyspozytorami, czy też z koordynatorami systemu – ani ratownicy, ani lekarz dyżurny⁷. Miejscowy transport sanitarny, właściwy do wykonywania przewozów między szpitalami, nie dysponował zaś chwilowo żadną wolną karetką. Lekarz znalazł się więc w sytuacji przymusowej (tak przynajmniej wynikałoby z jego zeznań). Ostatecznie „wobec odmowy przewiezienia [H.N.] została ona przyjęta na Oddział Wewnętrzny szpitala w P.”⁸, mimo że było oczywiste, iż nie da się jej tam objąć adekwatną opieką.

Pacjentka przebywała w szpitalu w P. do 14:00, kiedy zlecono jej transport do B.; dotarła tam o 14:48. Tak więc od wezwania do chwili, gdy H.N. znalazła się w miejscu, gdzie można było jej udzielić adekwatnej pomocy, minęło około 5 godzin, przy czym należy zaznaczyć, że na ten upływ czasu złożyły się różne przyczyny, w istotnej części niezależne od oskarżonych.

Ostatecznie u H.N. rozpoznano udar niedokrwienny z niedowładem połowicznym prawostronnym znacznego stopnia, z afazją mieszaną.

⁶ Wyjaśnienia A.B. i W.B., uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 8–10. Z uzasadnienia tego wynika, że wyjaśnienia oskarżonych w zestawieniu z zeznaniami M.R. miały charakter „słowa przeciwko słowom”, przy czym sąd uwierzył zeznaniom lekarza dlatego, że wydawały się „bardziej racjonalne i logiczne” (*ibidem*, s. 12), ale bez głębszego uzasadnienia. Odnosi się ogólne wrażenie, że sąd pierwszej instancji łatwo przyjmował fakty spójne z aktem oskarżenia, a negował lub bagatelizował inne, na które powoływali się oskarżeni (np. na s. 14 uzasadnienia SR stwierdza, że ich wyjaśnienia „uznał za wiarygodne w takim zakresie, w jakim nie pozostawały w sprzeczności z pozostałym uznanym za wiarygodny materiałem dowodowym”).

⁷ Z zeznań M.R. wynika, że już po odjeździe zespołu odbył rozmowę telefoniczną z B.M. (uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 13) i powiedział, „aby na przyszłość pacjentów z udarem nie przywożono do ich szpitala” (uzasadnienie SO w Sieradzu). Sąd przytoczył też zeznanie M.R., który powiedział, że nie widział sensu w kontaktowaniu się z konsultantem wojewódzkim (ds. medycyny ratunkowej), bo oczekiwał, że ten „stwierdzi konieczność przyjęcia pacjentki przez placówkę w P.”. Z uzasadnienia SO wynika też, że ten sam konsultant, gdy oceniał sprawę *ex post*, „nie stwierdził błędu po stronie pogotowia”.

⁸ Uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 3.

Na podstawie opinii biegłego oraz dokumentacji medycznej uznano za dowiedzione, że wspomniane 5-godzinne opóźnienie w rozpoczęciu leczenia naraziło H.N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Uzasadnienie takiej konkluzji opierało się na generalnej regule, że okno czasowe dla podjęcia terapii trombolitycznej w przypadku udaru mózgu wynosi 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów, a dla trombektomii mechanicznej jest to ok. 6 godzin. Po upływie tego czasu skuteczność podjętej terapii jest niewielka z uwagi na nieodwracalne uszkodzenia mózgu⁹.

II. Postępowanie karne

Przyjąwszy wyżej opisany stan faktyczny, prokurator sporządził akt oskarżenia przeciwko dyspozytorce B.M. oraz ratownikom A.B. i W.B.

B.M. została oskarżona o to, że pełniąc obowiązki dyspozytora medycznego, po przyjęciu informacji o utracie przytomności przez H.N. i zadysponowaniu do niej karetki, mimo prośby o przewiezienie H.N. do szpitala w B., nie wyraziła na to zgody, mając przy tym świadomość, iż zespół ratownictwa rozpoznał u pacjentki objawy udaru mózgu, po czym zadysponowała przewiezienie H.N. do Oddziału Neurologicznego szpitala w Ł., jednak po wyrażeniu sprzeciwu przez J.N. zasugerowała mu możliwość przewiezienia pacjentki do szpitala w P., po czym na jego prośbę, a wbrew dobru pacjentki, wydała polecenie przewiezienia H.N. do szpitala w P., który nie posiadał oddziału neurologicznego ani SOR i cechował się ponadto brakami w podstawowym wyposażeniu. Mając możliwość zadysponowania przewiezienia pacjentki do szpitali w Ł. oraz w B., naraziła tym samym H.N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo

⁹ Zob. W. Szczuchniak, P. Sobolewski, G. Kozera, *Opóźnienia przed- i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2016, t. 10, nr 3, s. 119–128. Według Deklaracji Helsińborgskiej Europejskich Strategii Udarowych z 2006 r. (*Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies*, publ. „Neurologia i Neurochirurgia Polska” 2008, nr 42, supl. 3, s. S276–S288) osoby w ostrej fazie udaru mózgu powinny trafiać bezpośrednio do szpitala mającego odpowiednio przygotowany i wyposażony oddział udarowy.

utruty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zachowanie to miało wypełniać znamiona czynu z art. 160 §1 k.k.¹⁰

Ratownicy medyczni A.B i W.B. zostali oskarżeni o to, że pełniąc swoje obowiązki, po przewiezieniu do szpitala w P. pacjentki H.N. z podejrzeniem udaru mózgu, mając świadomość, że szpital ten nie był w stanie udzielić jej wymaganej pomocy ani nie dysponował możliwością szybkiego przetransportowania H.N. do innej placówki, oraz pomimo prośby lekarza przyjmującego H.N. na oddział szpitalny, odmówili przetransportowania H.N. do innej placówki oraz o zaistniałej sytuacji nie powiadomili dyspozytora medycznego, czym narazili H.N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Czyn zarzucany ratownikom został również zakwalifikowany z art. 160 § 1 k.k.

Powodem niebezpieczeństwa, w jakim znalazła się H.N., był niedokrwienny udar mózgu, a nie działania oskarżonych. Jednak zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego popełnienie przestępstwa z art. 160 § 1 k.k. może polegać zarówno na stworzeniu niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jak i na przeniesieniu człowieka z jednego stanu niebezpiecznego (w tym również takiego, który wynika z czynników obiektywnych, jak np. choroba czy wypadek) w inny stan, bardziej niebezpieczny¹¹. Taką właśnie wykładnię tego przepisu przyjął w swoim rozumowaniu również Sąd Rejonowy w Wieluniu, wydając wyrok w pierwszej instancji¹².

W stan oskarżenia nie został postawiony lekarz dyżurny (M.R.), który przyjął chorą do szpitala w P., mimo że wiedział, iż brak jest tam warunków do odpowiedniego jej leczenia, a przetransportowanie jej do innego ośrodka nie będzie w najbliższym czasie możliwe. W takim postępowaniu również można by dopatrzeć się narażenia na niebezpieczeństwo w sensie

¹⁰ „Art. 160. § 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

¹¹ Zob. wyrok SN z dnia 21 marca 1978 r., IV KR 62/78 oraz wyrok SN z dnia 21 sierpnia 2012 r., IV KK 42/12.

¹² Uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 17.

przyjętym wyżej. Dobór oskarżonych był jednak zgodny z wersją stanu faktycznego założoną przez oskarżyciela; zgodnie z nią przyjęcie H.N. do szpitala było wymuszone odmową dalszego przewozu pacjentki przez ratowników, zaś lekarz nie mógł pozostawić chorej bez żadnej opieki i znajdował się w sytuacji bez dobrego wyjścia.

Sąd Rejonowy dał wiarę przedstawionej przez oskarżyciela wizji zdarzeń i ocenił, że swoim zachowaniem oskarżeni wypełnili wszystkie znamiona typu przestępstwa określonego w art. 160 § 1 k.k. Na podstawie art. 66 § 1 i § 2 k.k. i art. 67 § 1 k.k. postępowanie karne przeciwko nim warunkowo umorzył tytułem próby na okres roku; zastosowanie probacji było umotywowane nieznacznym stopniem winy i niską społeczną szkodliwością popełnionych czynów. Wraz z tym zasądzone od oskarżonych świadczenie pieniężne w kwocie po 700 zł na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej. Nie zapadł więc, formalnie biorąc, wyrok skazujący, ale faktycznie wszyscy oskarżeni zostali uznani za winnych zarzucanych im przestępstw, taki jest bowiem sens warunkowego umorzenia postępowania.

Od wyroku apelację wnieśli obrońcy oskarżonych i J.N. działający jako oskarżyciel posiłkowy.

J.N. wniósł o ponowne rozpatrzenie sprawy ze względu na „mało precyzyjne zbadanie zarzutów”¹³ oraz o zasądzenie na jego rzecz łącznej kwoty 2 500 000 złotych, tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia. Orzekający w drugiej instancji Sąd Okręgowy w Sieradzu nie znalazł jednak w jego apelacji „żadnych merytorycznych zarzutów wobec zaskarżonego rozstrzygnięcia poza stwierdzeniem, że się z nim nie zgadza”¹⁴.

¹³ Uzasadnienie wyroku SO w Sieradzu z dnia 22 czerwca 2016 r., II Ka 92/16, s. 2; dalej: uzasadnienie SO w Sieradzu.

¹⁴ Apelacja była „w swej istocie polemiką z prawidłowymi ustaleniami poczynionymi przez Sąd Rejonowy w Wieluniu, a podniesione w niej uchybienia w rzeczywistości nie zaistniały” (J.N. zaprzeczal zwłaszcza tym ustaleniom SR, które „mogłyby stawiać go w niekorzystnym świetle lub potencjalnie w jakimś zakresie wskazywać na jego przyczynienie się do zaistniałej sytuacji, skutkującej opóźnieniem w udzieleniu odpowiedniej pomocy lekarskiej dla jego żony”); zob. uzasadnienie SO w Sieradzu, s. 4. W innych fragmentach apelacja odnosiła się do kwestii w ogóle nieistotnych dla toczącego się postępowania, mianowicie do domniemych zaniedbań w szpitalu w P., za które nikt z oskarżonych odpowiedzialności nie mógł ponosić.

Z kolei obrońca oskarżonych A.B. i W.B. wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uniewinnienie tych oskarżonych albo o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji. Obrońca oskarżonej B.M. wniósł o uniewinnienie swojej klientki. Do tych odwołań Sąd Okręgowy odniósł się łącznie, gdyż były podobne w treści: zarzut podstawowy stanowiło pominięcie przez pierwszą instancję regul dotyczących transportu międzyszpitalnego oraz przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁵. Uznał je za trafne co do zasady, choć nie we wszystkich punktach podzielił zawartą w nich argumentację i zaskarżony wyrok zmienił, uniewinniając oskarżonych.

Za zasadniczy powód uniewinnienia sąd uznał brak bezprawności zachowania oskarżonych. Uznał je za zgodne z prawem, gdyż (w interpretacji przyjętej przez SO) z uoPRM wynika obowiązek przewiezienia pacjenta do tego szpitala, który jest najbliższy, a właśnie szpital w P. ten warunek spełniał. Wprawdzie szpital w P. nie miał oddziału neurologicznego z pododdziałem udarowym, sąd uznał to jednak za nieistotne, ponieważ w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia szpital zobowiązał się do leczenia udarów mózgu.

O uniewinnieniu zdecydowało także to, że sąd nie widział możliwości przypisania oskarżonym realizacji strony podmiotowej wymaganej przestępstwa z art. 160 k.k., czy to w postaci umyślności (§ 1), czy nieumyślności (§ 2).

Od tego orzeczenia kasację wniósł pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego, który zarzucił sądowi drugiej instancji rażące naruszenie prawa, a konkretnie naruszenie art. 160 § 1 k.k. przez niezasadne przyjęcie, że B.M., A.B. i W.B. nie wypełnili dyspozycji tego przepisu i w konsekwencji uniewinnienie ich od zarzutu popełnienia przestępstwa¹⁶. Skarżący

¹⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r. Nr 191 poz. 1410 ze zm.), dalej: uoPRM.

¹⁶ Postanowienie SN z dnia 2 lutego 2017 r., II KK 306/16, s. 3. Ponadto w kasacji powołano się na obrazę przepisów prawa procesowego (art. 4, art. 7, art. 457 § 3 oraz art. 410 w zw. z art. 518 k.p.k.) ze powodu nieuwzględnienia całokształtu dowodów ujawnionych w sprawie, zdyskwalifikowanie dowodów przemawiających przeciwko oskarżonym oraz niewyjaśnienie powodów rozstrzygnięcia uniewinniającego.

wniósł o uchylenie skarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia sądowi okręgowemu. O oddalenie kasacji wnioskował prokurator okręgowy w Sieradzu oraz obrońca oskarżonej B.M., zaś SN kasację oddalił jako oczywiście bezzasadną.

Sąd Najwyższy, ograniczony zakresem zarzutów kasacyjnych, rozważył trzy zasadnicze zagadnienia pojawiające się w opisanym stanie faktycznym. Pierwszym było zagadnienie wielokrotnie podnoszone w doktrynie i istotne dla orzecznictwa, którym jest możliwość popełnienia przestępstwa z art. 160 § 1 k.k. przez zaniechanie. Drugim był zakres obowiązku oraz swobody decyzyjnej, jakie uoPRM nakłada na zespoły ratownictwa medycznego w związku z wyborem miejsca, do którego przewieziony powinien być pacjent w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (w tym zakresie SN uznał za błędną interpretację art. 44 ust. 1 uoPRM przez SO). Trzecim było zestawienie wspomnianej kwestii wyboru miejsca przewozu z charakterystyczną dla prawa medycznego zasadą autonomii pacjenta. Rozumowanie SN omówione zostanie w dalszej części niniejszego opracowania.

Niedługo potem inny skład Sądu Najwyższego rozpoznał kolejną kasację, wniesioną od tego samego wyroku SO na niekorzyść SN uchylił w stosunku do wszystkich oskarżonych, sprawę przekazując do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Sieradzu¹⁷. Ramy niniejszej pracy nie pozwalają na omówienie całego uzasadnienia, ale trzeba wspomnieć, że w tej kolejnej sprawie kasacyjnej SN podzielił krytyczne stanowisko pierwszego składu orzekającego co do wykładni art. 44 ust. 1 uoPRM przez SO.

III. Problemy związane z kwalifikacją prawną przestępstwa

Jeśli chodzi o zagadnienia z dziedziny prawa karnego, wszystkie sądy orzekające w tej sprawie odnosiły się do możliwości wypełnienia przesłanek z art. 160 § 1 k.k. poprzez zaniechanie. Sąd Najwyższy stwierdził, że

¹⁷ Wyrok SN z dnia 9 listopada 2017 r., II KK 215/17.

odpowiedzialność taka jest możliwa pod warunkiem naruszenia „prawnego, szczególnego obowiązku zapobieżenia niebezpieczeństwu śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, albo uchylenia lub zminimalizowania tego niebezpieczeństwa”¹⁸. Jest to oczywiście bezpośrednio odwołanie do treści art. 2 k.k., który daje ogólną zasadę przypisywania odpowiedzialności za materialne przestępstwa z zaniechania. Część doktryny kwestionuje możliwość popełnienia przestępstwa z art. 160 § 1 k.k. przez zaniechanie, ograniczając ją wyłącznie do przestępstw stypizowanych w art. 160 § 2 i § 3 bądź wiążąc zaniechanie wyłącznie ze szczególnym prawnym obowiązkiem nałożonym na sprawcę¹⁹. Podejście takie było również widoczne w orzecznictwie sądów powszechnych²⁰. Jednak należy przychylić się do stanowiska SN w komentowanym wyroku. Wszystkie określone w art. 160 k.k. typy przestępstw z narażenia na niebezpieczeństwo (także typ umyślny z § 1) są ujęte skutkowo, wobec czego dają się one zrealizować przez zaniechanie, jeżeli sprawca jest tzw. gwarantem²¹. Z tego powodu ustalenie, które z wymienionych osób spełniały pojęcie

¹⁸ *Ibidem*, s. 4.

¹⁹ Zob. A. Zoll (red.), *Kodeks Karny. Komentarz. Część szczególna*, t. 2, 2006, s. 379; M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.) *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, LEX/el. 2022, art. 160.

²⁰ Zob. wyrok SA w Łodzi z dnia 9 marca 1995 r., II AKr 40/95, Prok. i Pr. 1995, nr 6, wkładka (w okresie obowiązywania art. 160 § 1 k.k. z 1969 r., którego odpowiednikiem jest obecny art. 160 § 1 k.k.).

²¹ „Gwarant” to osoba, o której mowa w art. 2 k.k., to znaczy taka, na której ciąży „szczególny, prawny obowiązek zapobieżenia skutkowi”. Te warunki odpowiedzialności za materialne przestępstwa z zaniechania były uznawane tradycyjnie – zob. W. Wolter, *Nauka o przestępstwie*, Warszawa 1973, s. 63. Doktryna prawa karnego przedstawia gwaranta w dwu ujęciach. W pierwszym ujęciu jest to osoba zobowiązana do ochrony danego dobra w ogóle, w drugim ujęciu zaś jest to osoba zobowiązana do ochrony wszelkich dóbr przed danym zagrożeniem. Źródło obowiązku gwaranta musi mieć charakter prawny, natomiast sam obowiązek musi być obowiązkiem szczególnym, kierowanym do oznaczonego zbioru podmiotów (inaczej niż w przypadku obowiązku powszechnego). Gwarantem można być tylko w konkretnej sytuacji, wobec konkretnej osoby lub konkretnego dobra – np. lekarz wobec konkretnego pacjenta w kontekście oznaczonej sytuacji klinicznej. Instytucja gwaranta występuje wyłącznie przy przestępstwach typu materialnego. Przyjmuje się przy tym, że materialne typy przestępstw mogą być zrealizowane przez zaniechanie, mimo że ich redakcja językowa niekoniecznie na to wskazuje. Zob. A. Zoll (red.) *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1–116 k.k.*, Warszawa 2012, s. 92–93; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 194–196.

gwaranta, było warunkiem *sine qua non* przypisania odpowiedzialności którejś z nich.

Sądy przyjęły, że warunek ten spełniali oskarżeni: dyspozytorka i ratownicy medyczni. Nie ulega wątpliwości, że mieli oni szczególny, prawny obowiązek zapobieżenia pogorszeniu stanu zdrowia pacjentki. Wynikał on z przepisów uoPRM oraz z zatrudnienia oskarżonych w ramach systemu ratownictwa medycznego, a zatem z umów, jakie wiązały ratowników i dyspozytora z podmiotem zatrudniającym²². W ramach swoich obowiązków stali się oni gwarantami wobec określonego dobra, jakim jest zdrowie i życie pacjentki. Występowali oni w roli gwaranta w określonej sytuacji, tj. gdy zostali wezwani do udzielenia pomocy H.N. aż do momentu przekazania pacjentki pod opiekę lekarzowi²³. Takiej kwalifikacji można dokonać, opierając się na innych orzeczeniach SN, w świetle których ratowników medycznych, wykonujących działania w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, traktuje się jak gwarantów²⁴. W orzecznictwie analogiczną kwalifikację stosuje się również do dyspozytorów medycznych pracujących w tym systemie²⁵. Sąd Najwyższy wielokrotnie dokonywał w swoich orzeczeniach wykładni art. 160 § 1 k.k., odnosząc się m.in. do zagadnienia popełnienia przestępstwa przez zaniechanie. W wyroku III KK 77/11²⁶ pośród sposobów

²² Nie jest tu istotna forma prawna zatrudnienia takiej osoby (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inny rodzaj kontraktu), ale sam fakt powierzenia obowiązków ratownika lub dyspozytora danej osobie.

²³ Według sądu drugiej instancji z chwilą, gdy lekarz M.R. przyjął chorą do szpitala, to on stał się on wobec niej gwarantem w zakresie stanu zdrowia, wobec czego okoliczności późniejszej odmowy ratowników, by przewieźć H.N. do innego szpitala, są prawnie irrelewantne.

²⁴ Zob. wyrok SN z dnia 19 lipca 2018 r., IV KK 371/17, OSNKW 2018, nr 10, poz. 68.

²⁵ Np. wyrok SR dla m.st. Warszawy w Warszawie z dnia 21 maja 2014 r., III K 142/13 [online:] [http://orzeczenia.mst.warszawa.so.gov.pl/content/\\$N/154505250001506_III_K_000142_2013_Uz_2014-05-21_001](http://orzeczenia.mst.warszawa.so.gov.pl/content/$N/154505250001506_III_K_000142_2013_Uz_2014-05-21_001) [dostęp: 05.04.2023]. Podobnie wyrok SR w Nysie z dnia 30 września 2014 r., II K 823/13 [online:] [http://orzeczenia.nysa.sr.gov.pl/content/\\$N/155015250001006_II_K_000823_2013_Uz_2014-09-30_001](http://orzeczenia.nysa.sr.gov.pl/content/$N/155015250001006_II_K_000823_2013_Uz_2014-09-30_001) [dostęp: 05.04.2023].

²⁶ Zob. też R. Tymiński, *Co ma zrobić lekarz, gdy dyspozytor pogotowia bezpodstawnie odmawia przysłania karetki?* [online:] <https://prawalekarzy.pl/artykuly/co-ma-zrobic-lekarza-gdy-dyspozytor-pogotowia-bezpodstawnie-odmawia-przyslania-karetki-514> [dostęp: 05.04.2023].

²⁶ Wyrok SN z dnia 14 lipca 2011 r., III KK 77/11, OSNKW 2011, nr 10, poz. 94.

realizacji tego przestępstwa SN wymienia m.in. „w przypadku gwaranta nienastąpienia skutku przy przestępstwach z zaniechania – przez niepowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia”. Podobnie w wyroku II KK 177/11²⁷, SN odnosząc się do osoby pokrzywdzonego przestępstwem z art. 160 § 1 k.k., dopuszcza dokonanie się przestępstwa przez działanie i zaniechanie. W świetle powyższego należy przychylić się do stanowiska Sądu Najwyższego, że oskarżeni, jako gwaranci nienastąpienia skutku, objęci byli szczególnym prawnym obowiązkiem zapobieżenia wystąpienia skutku i jako tacy mogli popełnić przestępstwo z art. 160 § 1 k.k. przez zaniechanie.

W tym miejscu zauważyć należy, że podnoszone wyżej rozważania dotyczące art. 160 § 1 k.k. są relewantne do komentowanego stanu faktycznego wyłącznie przy założeniu, że samo narażenie, jakiego mieli dopuścić się sprawcy, ma charakter indywidualny oraz konkretny. Indywidualność zagrożenia nie budzi w tej sprawie wątpliwości. Osoba zagrożona – pacjentka H.N. – była podmiotem działań dyspozytora i ratowników, a zatem potencjalne niebezpieczeństwo w tej sytuacji dotyczyło właśnie jej i spełniało zadość wymogowi indywidualności. Wątpliwości nasuwają się jednak w związku z konkretnością niebezpieczeństwa.

Jak podaje Marek Bielski, w przypadku przestępstwa konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo przez zaniechanie warunkiem przypisania konkretnego skutku nie jest aktywność sprawcy, a brak działania, który doprowadza do tego, że „nie zostaje zmniejszony stan istniejącego niebezpieczeństwa dla dobra, który gwarant zobowiązany jest, ze względu na swoją szczególną prawną pozycję w stosunku do chronionego dobra, zmniejszyć”²⁸. W omawianym stanie faktycznym oskarżeni oczywiście nie wywołali niebezpieczeństwa dla życia ani zdrowia H.N. – jak wspomniano, niebezpieczeństwo to wynikło z niedokrwiennego udaru mózgu. Można rzecz jasna przyjąć, że nie zmniejszyli też niebezpieczeństwa dla

²⁷ Wyrok SN z dnia 8 grudnia 2011 r., II KK 177/11, OSNKW 2012, nr 3, poz. 29.

²⁸ M. Bielski, *Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo – uwagi na marginesie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r.*, V KK 37/04, „Przegląd Sądowy”, 2005, t. 15, nr 4, s. 123.

życia i zdrowia H.N. przez to, że nie trafiła ona do szpitala mogącego udzielić jej rzeczywistej pomocy. Jednak dyspozytorka systemu miała prawo przyjąć, że ze względu na umowę z NFZ szpital w P. ma możliwość leczenia udarów. Z kolei ratownicy medyczni są wobec przewożonych osób gwarantami na podstawie przepisów uoPRM, więc także granice ich obowiązków w tym zakresie określa ta właśnie ustawa. Jeżeli normy prawne, odnoszące się do transportu w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, nie wymagają, aby przewozić pacjenta, który został przyjęty do szpitala (czy nawet tego zabraniają, na co powoływali się oskarżeni), to z chwilą, kiedy lekarz dyżurny oświadczył o przyjęciu H.N. do szpitala, ratownicy przestali być gwarantami w stosunku do tej pacjentki. Reguły obowiązujące przy takim transporcie są dość zawile i zostaną krótko omówione dalej.

Przypisanie przestępstwa z art. 160 § 1 k.k. wymaga także ustalenia zamiaru, co w tym przypadku jest możliwe tylko przy założeniu, że dyspozytorka oraz ratownicy wiedzieli o faktycznych, aktualnych możliwościach diagnostycznych i leczniczych poszczególnych szpitali, jakie funkcjonowały na terenie, gdzie doszło do opisanych zdarzeń²⁹, i że zdawali sobie sprawę, iż szpital w P. jest dla tej pacjentki nieodpowiedni. Sąd Rejonowy przyjął, że tak właśnie było, ale ustalenia faktyczne dokonane w pierwszej instancji nie są (w ocenie autora niniejszego artykułu) przekonujące. Ratownicy dowiedzieli się o tym, ale dopiero po dowiedzeniu H.N. do szpitala w P., a być może dopiero po jej przyjęciu. Co do dyspozytorki B.M. Sąd Rejonowy przyjął za dowiedzione, że zleciła ona transport do szpitala, o którym wiedziała, iż nie ma tam możliwości leczenia tej pacjentki, ale taki wniosek wydaje się źle uzasadniony i nieprzekonujący³⁰.

²⁹ Pamiętać należy przy tym, że zespół ratownictwa działał wtedy poza swoim normalnym rejonem operacyjnym.

³⁰ Ta część uzasadnienia wyroku (s. 14–15) opiera się na domysłach, a nie uwzględnia faktów przemawiających za wiarygodnością wyjaśnień oskarżonej (zwłaszcza to, że leczenie udarów mózgu było ze szpitalem w P. zakontraktowane, a niedostępność badania CT miała charakter przejściowy). Sąd nie próbuje też odpowiedzieć, z jakich konkretnie powodów B.M. miałaby z całym rozmysłem wysłać chorą do niewłaściwego szpitala.

Z kolei według Sądu Okręgowego w czasie podejmowania decyzji o miejscu przewozu oskarżeni „nie mieli świadomości tego, że pacjentka w P. nie uzyska należytej pomocy oraz że jej przewiezienie do tej placówki będzie skutkowało niejako automatycznie koniecznością przetransportowania do innego szpitala”. Wyklucza to możliwość przypisania im zamiaru, a więc i skazania z art. 160 § 1 k.k.

Pozostawałaby, teoretycznie, możliwość zmiany kwalifikacji prawnej na art. 160 § 3 k.k. (tj. przestępstwo nieumyślne, o znamionach analogicznych do tych z § 1). Także w tym zakresie Sąd Okręgowy uznał skazanie za niemożliwe, co uzasadnił następująco. Przepisy ograniczają swobodę dyspozytora i ratowników medycznych w decydowaniu o miejscu przewozu pacjenta, a same decyzje są podejmowane w warunkach deficytu czasu. Przypadki nagłego zagrożenia zdrowotnego nie dają miejsca na upewnianie się, czy dany, najbliższy szpital przyjmie chorego i podejmie się jego leczenia. W zwykłych warunkach pracownicy systemu ratownictwa mają prawo domniemywać, że każda placówka będzie gotowa pomóc przewożonemu przez nich choremu, zwłaszcza gdy chodzi o szpital, który kontraktowo zobowiązał się do określonych świadczeń. Dopiero gdy najbliższy szpital leczenia się nie podejmie, sytuacja może ulec zmianie (w ocenie Sądu Okręgowego „inicjatywa w tym zakresie”, tj. odmowa pomocy, powinna wyjść od placówki szpitalnej).

Podsumowując, należy podkreślić, że SO w postępowaniu oskarżonych nie dopatrzył się nieostrożności, co wyłącza możliwość przypisania im nieumyślności i nieumyślnego przestępstwa z art. 160 § 3 k.k.

Rozumowanie to oparte było w pewnej części na interpretacji art. 44 ust. 1 uoPRM, którą później SN uznał za niepoprawną. Niemniej jest ono do pewnego stopnia przekonujące. Wydaje się, że SO trafnie podał w wątpliwość przypisanie oskarżonym, zwłaszcza dyspozytorce B.M., zamiaru wystawienia pacjentki na niebezpieczeństwo.

Przestępstwa z art. 160 § 1 i § 3 k.k. mają charakter materialny, a znamię skutku nie polega w nich na śmierci lub rozstroju zdrowia człowieka, lecz na bezpośrednim niebezpieczeństwie, że do takich efektów dojdzie. W omawianej sprawie chodziło przy tym o zaniechanie, więc nie o wywołanie niebezpieczeństwa, tylko o niezapobieżenie niebezpieczeństwu.

Do skazania jest więc potrzebne stwierdzenie, że gdyby gwarant postąpił zgodnie z obowiązkiem, zapobiegłby owemu skutkowi (niebezpieczeństwu) ze znacznym prawdopodobieństwem. Z opinii biegłego neurologa wynikało, że opóźnienie w udzieleniu pomocy narażało H.N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co jest według uwagi SO oczywiste, bo pokrzywdzona od początku znajdowała się w stanie takiego niebezpieczeństwa, a niebezpieczeństwo to zostało zmniejszone w wyniku przybycia karetki pogotowia i ratowników, a następnie przewiezienia jej do szpitala. Należy się z tym zgodzić, jednak pozostaje aktualne pytanie, czy oskarżeni zmniejszyli owo niebezpieczeństwo w takim stopniu, w jakim powinni byli i mogli to zrobić. Odpowiedź wymaga uwzględnienia obowiązujących regul transportu pacjentów, o czym poniżej.

IV. Transport pacjentów w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego

Ustawa karna oczywiście nie zajmuje się zasadami przewożenia chorych przez ratownictwo medyczne. Wynikają one z ustawy o PRM. Sąd Okręgowy zarzucił sądowi pierwszej instancji, że „dość powierzchownie” potraktował regulacje prawne obowiązujące w tym zakresie, w swoim rozumowaniu zajął się znamionami przestępstwa z art. 160 § 1 k.k., a otoczenie normatywne, w ramach którego działali oskarżeni, w tym samą ustawę o PRM, w zasadzie pominął. Zarzut ten był uzasadniony, jednak Sąd Okręgowy też zajął się tym zagadnieniem niedostatecznie wnikliwie. Na wstępie dostrzegł, że do przewozu pacjentów przez ratownictwo medyczne odnosi się art. 44 ust. 1 uoPRM. Przepis ten w 2013 r. stanowił, że osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transportuje się do tego szpitalnego oddziału ratunkowego, który jest najbliższym pod względem czasu dotarcia, albo do szpitala „wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego”³¹.

³¹ Takie było brzmienie przepisu w czasie czynu; późniejszą nowelą „lekarz koordynator ratownictwa medycznego” został zastąpiony „wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego” (ustawa

Sąd Okręgowy uznał, że zobowiązuje to zespół ratownictwa medycznego do przewiezienia pacjenta do najbliższej placówki medycznej, bez różnicy, o jaką placówkę chodzi. Głównym kryterium jest odległość i czas drogi, i w tym zakresie przepis „w zasadzie nie daje ratownikom medycznym wyboru”³².

Oddalając kasację oskarżyciela posiłkowego (II KK 306/16), SN uznał z kolei przyjętą przez SO wykładnię art. 44 ust. 1 uoPRM za błędną i wskazał, że przepis ten nie zobowiązuje bezwzględnie, by pacjenta przewozić do placówki najbliższej. Kryterium „najkrótszego czasu dotarcia”, użyte *in principio*, łączy się tylko ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi. Gdy pacjent w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest transportowany do SOR, uzasadnione jest „domniemanie (...) że znajdzie tam efektywną pomoc medyczną”³³. Myśl ta została dalej rozwinięta przez T. Srokę: szpitalne oddziały ratunkowe są w założeniu jednostkami o takim samym, prawem określonym standardzie wyposażenia, organizacji i personelu. Wobec tego „w każdej tego typu jednostce pacjent może uzyskać pomoc medyczną w tym samym zakresie i tej samej jakości”, co „czyni zbędną kwestię merytorycznego wyboru jednostki, do której należałoby przetransportować pacjenta”³⁴. Gdy chodzi o transport do SOR, dostateczne jest więc użyte w ustawie kryterium najkrótszego czasu przejazdu³⁵.

z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2018 r. poz. 1115). Natomiast dyspozycja przepisu pozostała bez zmian. Zob. T. Sroka, glosa, s. 95.

³² Sąd stanowisko to próbował zniuansować. Dodał, że brzmienie art. 44 ust. 1 uoPRM może powodować komplikacje, gdy najbliższy szpital nie może przyjąć przywiezionego pacjenta z braku wolnych miejsc lub z braku możliwości udzielenia mu właściwych świadczeń zdrowotnych; powołał się w tym punkcie na M. Łokaję, *Obowiązek przyjęcia pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w świetle art. 44 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, „Prawo i Zdrowie” 2013. Sąd dostrzegł też, że w niektórych przypadkach kryterium czasu dojazdu daje skutki praktyczne nie do przyjęcia, np. gdy najbliższej znajduje się szpital jednoprofilowy niepasujący do sytuacji zdrowotnej pacjenta. Wyraził przekonanie, że gdy zastosowanie przepisów o ratownictwie „prowadziłoby do skutków negatywnych dla pacjenta widocznych na pierwszy rzut oka”, należy decydować według kryterium dobra pacjenta, ale nie wyjaśnić, na jakiej podstawie prawnej należy tak robić.

³³ Z uzasadnienia SN, II KK 306/16.

³⁴ T. Sroka, glosa, s. 96.

³⁵ *Ibidem*.

Uwaga ta jest słuszna jako zasada, ale niekiedy, ze względu na okoliczności szczególne, najbliższy oddział ratunkowy nie jest odpowiednim celem transportu pacjenta i wtedy uzasadniony jest wybór innego takiego oddziału. Przykład dobry, choć tylko jeden z możliwych, stanowią tzw. zdarzenia mnogie oraz zdarzenia masowe, wskutek których w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego znajduje się więcej niż jedna osoba³⁶. Jeżeli jest wielu poszkodowanych, przewiezienie wszystkich do jednego SOR, spełniającego warunek „najkrótszego czasu dotarcia”, wywoła tam zator, zdeorganizuje pracę i ostatecznie opóźni udzielenie właściwej pomocy zarówno tym osobom, jak innym oczekującym. W medycynie ratunkowej przyjmuje się więc założenie, by „nie przenosić katastrofy do szpitala”³⁷ i w tym celu przeprowadza się dyslokację osób potrzebujących pomocy³⁸. Część z nich powinna trafić od razu do wyspecjalizowanych oddziałów szpitalnych, niemniej niektóre mogą i powinny zostać rozwieziane do szpitalnych oddziałów ratunkowych innych niż ten najbliższy³⁹. Może się to wydawać niezgodne z art. 44 ust. 1 uoPRM, który dla przewozu do SOR daje tylko kryterium najkrótszego czasu dotarcia, a dopiero w części końcowej pozwala na przewóz do „wskazanego” szpitala, a więc (z pozoru) nie do SOR⁴⁰. Jednak każdy szpitalny oddział ratunkowy jest

³⁶ Zob. *Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania*

³⁷ *wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego*, Warszawa 2015, s. 6. Zdarzenia mnogie odróżnia się od masowych po tym, czy zapotrzebowanie na kwalifikowaną pierwszą pomoc i medyczne czynności ratunkowe leży w granicach możliwości sił i środków podmiotów ratowniczych obecnych w danej fazie działań na miejscu zdarzenia, czy możliwości te przekracza (*ibidem*).

³⁸ Por. *Zalecenia konsultanta krajowego...*, *op. cit.*, s. 10.

³⁹ Sposób dyslokacji powinien uwzględniać stan zdrowia poszkodowanych, czas transportu, dostępność leczenia specjalistycznego oraz możliwości terapeutyczne zespołów ratownictwa medycznego; właściwa dyslokacja jest „kluczowym elementem wpływającym na skuteczność akcji ratowniczej” i ostatecznie zapewnia pacjentom szybszy dostęp do najwłaściwszego dla nich leczenia – *ibidem*, s. 10.

⁴⁰ Jako przykład pacjentów, którzy powinni trafić do SOR, ale w pierwszym momencie nie spełniają podstaw przyjęcia do zwykłego oddziału szpitalnego, są osoby po urazie głowy. Wymagają one uwzględnienia elementów neurologicznych w badaniu podstawowym, obejrzenia i palpacji czaszki i powłok głowy, zaopatrzenia ewentualnych ran powierzchniowych, pozostawienia na obserwacji, ewentualnie wykonania diagnostyki obrazowej.

⁴⁰ Jak się wydaje, taką interpretację przyjmuje T. Sroka, który przeciwstawia sobie transport do SOR i transport do „innych szpitali” – zob. T. Sroka, glosa, s. 96.

zarazem częścią szpitala. Wobec tego dyspozytorzy lub koordynatorzy mają prawo zlecić transport niektórych pacjentów do SOR, który nie jest najbliższy od miejsca zdarzenia⁴¹, ale nie jest przeładowany pacjentami, przez co zapewnia się osobom przywiezionym wyższy poziom bezpieczeństwa, i nie będzie to sprzeczne z brzmieniem uoPRM, a przy tym właściwie wypełni kryterium dobra pacjenta.

W przeciwieństwie do szpitalnych oddziałów ratunkowych szpitale mają różną organizację i możliwości działania. Na przykład szpital będący centrum urazowym musi dysponować oddziałem chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddziałami chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem operacyjnym, własną pracownią endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, dostępem do diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej⁴². Inne szpitale, zwłaszcza jednoprofilowe i psychiatryczne, mogą takich oddziałów nie mieć i nie są w stanie niektórym pacjentom udzielić pomocy w zakresie, jaki jest im potrzebny⁴³. Szpital, w którym nawet istnieje SOR, może nie mieć możliwości leczenia niektórych przypadków nagłego zagrożenia zdrowotnego, np. wiele z takich szpitali nie ma na miejscu pracowni hemodynamiki. Nie ma więc uzasadnienia domniemanie, że szpital najbliższy jest miejscem odpowiednim dla osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i wybór szpitala nie powinien opierać się wyłącznie na kryterium czasu dotarcia⁴⁴.

Szpitalny oddział ratunkowy ma osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego „posegregować”, przeprowadzić wstępną diagnostykę oraz podjąć leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji ich funkcji życiowych. Nie ma prowadzić kompleksowego leczenia, które jest możliwe tylko w odpowiedniego rodzaju wyspecjalizowanym oddziale szpitalnym⁴⁵.

⁴¹ Ten inny oddział często będzie drugim lub trzecim z kolei najbliższym pod względem czasu dotarcia.

⁴² Art. 39b uoPRM; zob. też T. Sroka, glosa, s. 96.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Ibidem*. Kryterium czasu dotarcia art. 44 ust. 1 uoPRM w części końcowej nie wymienia *explicite*, ale w sytuacji wymagającej wyboru szpitala odpowiadającego sytuacji zdrowotnej pacjenta pozostaje ono kryterium wymagającym uwzględnienia.

⁴⁵ T. Sroka, glosa, s. 97.

Jeżeli przypadek został wstępnie dostatecznie zdiagnozowany i wiadomo, jakiego typu leczenia pacjent będzie potrzebował, jego przewóz może być prowadzony od razu z zamiarem przekazania do określonego typu oddziału szpitalnego – do szpitala, który taki oddział ma i dysponuje tam wolnymi miejscami. W niektórych przypadkach właściwy jest transport do odpowiedniej jednostki w ogóle bez pośrednictwa SOR⁴⁶.

Przy takim przewozie kryterium czasu dotarcia nie jest jedynym i rozstrzygającym, tzn. dyspozytor medyczny lub koordynator systemu PRM może wskazać zespołowi ratownicznemu inny szpital niż ten położony najbliżej (art. 44 ust. 1 uoPRM *in fine*)⁴⁷. Taka decyzja „musi być podyktowana względami merytorycznymi, a więc większą szansą uzyskania przez pacjenta realnej i skuteczniejszej pomocy medycznej”⁴⁸; a już co najmniej szpital inny niż najbliższy ma zapewniać takie same szanse leczenia⁴⁹. „Czas dotarcia” powinien być stosowany tylko jako kryterium pomocnicze.

V. Transport przez Państwowe Ratownictwo Medyczne a zgoda pacjenta

Wyjaśnienia wymaga jeszcze kwestia autonomii pacjenta korzystającego z systemu PRM. W omawianej sprawie faktycznie nie miała ona znaczenia,

⁴⁶ Na przykład w razie zawału serca z uniesieniem odcinka ST (*STEMI*) przekazanie pacjenta wprost do pracowni hemodynamiki, z pominięciem SOR i innych jednostek pośrednich (np. oddziału intensywnej opieki kardiologicznej), pozwala na zaoszczędzenie ok. 20 minut, a już taka różnica przekłada się na istotną poprawę rokowania. M. Plewka, E. Szymczyk, *Renaskularyzacja w zawałe serca z uniesieniem odcinka ST* [w:] *Standardy kardiologiczne 2019 okiem echokardiografisty*, red. E. Płońska-Gościński, W. Brakator, Z. Gąsior, Warszawa 2019.

⁴⁷ Należy tu ponadto przywołać art. 45 ust. 1 uoPRM, odnoszący się do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, u których zostanie stwierdzony stan, który wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe, lub jednostki wyspecjalizowanej szpitala, która jest wyspecjalizowana w świadczeniach zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Przesłanką dla takiego transportu może być również autonomiczna decyzja kierownika zespołu ratownictwa medycznego.

⁴⁸ Postanowienie SN, II KK 306/16, s. 6.

⁴⁹ *Ibidem*.

ponieważ sama pacjentka nie była zdolna do podejmowania jakichkolwiek decyzji. „Negocjacje” na temat szpitala, do którego miałyby trafić, wymusił na ratownikach jej mąż. Nie działał jako reprezentant żony (nie miał do tego żadnych formalnych uprawnień) i otwarcie mówił, że żąda przewiezienia jej do szpitala w B. ze względu na swoją własną wygodę⁵⁰. W rzeczywistości postępował na jej szkodę, bo opóźniał moment udzielenia właściwej pomocy, choć trudno powiedzieć, czy wówczas zdawał sobie z tego sprawę.

Kwestia ta nie byłaby więc warta podejmowania, gdyby nie Sąd Okręgowy, który w uzasadnieniu napisał, że zagadnienie „związania pracowników pogotowia (czy szerzej: personelu medycznego) wolą chorego lub członków jego rodziny” stanowi „niewątpliwie kwestię delikatną i trudną do jednoznacznego rozstrzygnięcia w oparciu o kryteria *stricte* prawne”. Dodał, że i tak nie miało to znaczenia dla wyrokowania w tej sprawie, bo „aby chory lub inna uprawniona do tego osoba mogła swoje zdanie wyrazić w sposób świadomy, musi dysponować wszelkimi informacjami na temat zarówno pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji podjętej decyzji”, gdy tymczasem J.N. nie miał pełnego rozeznania na temat sytuacji szpitala w P. (prawdopodobnie nie miał go też w odniesieniu do szpitali w Ł. i B.).

Sąd Okręgowy miał rację, że to, co należy zrobić wobec żądań „chorego lub członków rodziny”, jest sprawą delikatną i potencjalnym źródłem kłopotów. Niemniej pracownicy systemu ratownictwa mają w takich sytuacjach właśnie pomijając delikatne kwestie obyczajowe i podejmować rozstrzygnięcia jednoznaczne, i to wyłącznie w oparciu o kryteria *stricte* prawne. Decydujące znaczenie ma w tym zakresie „zdanie personelu medycznego, który powinien być profesjonalnie przygotowany do realizowania swoich zadań, i to on zgodnie z obowiązującymi przepisami podejmuje w tym zakresie decyzje”⁵¹.

⁵⁰ Nie było to przekłamanie oskarżonych; J.N. tak samo przedstawił swoją motywację, zeznając jako świadek – zob. uzasadnienie SR w Wieluniu, s. 11.

⁵¹ Uzasadnienie wyroku SO w Sieradzu z dnia 22 czerwca 2016 r., II Ka 92/16, s. 3.

Odnosząc się do tego samego zagadnienia⁵², SN stwierdził, że decyzja co do wyboru miejsca przewiezienia pacjenta jest autonomiczną decyzją dyspozytora medycznego, względnie lekarza konsultanta lub kierownika zespołu ratowniczego, co wynika wprost z przepisów uoPRM. Akcja ratunkowa ma zapewnić pacjentowi pomoc medyczną, a „prowadzenie w tym zakresie uzgodnień z osobami najbliższymi jest możliwe tylko wówczas, gdy wynikające z tego opóźnienie akcji ratunkowej nie prowadzi do negatywnych skutków dla samego pacjenta”⁵³. Dalej SN stwierdza, że art. 44 ust. 1 uoPRM „stanowi wyjątek od obowiązku respektowania autonomii pacjenta. W sytuacji więc, gdy pacjent zachowuje zdolność do podejmowania świadomych i dobrowolnych decyzji, może on w ogóle odmówić przewiezienia do szpitala przez zespół ratowniczy, ale ani on, ani osoby mu najbliższe nie mogą w sposób wiążący wskazać zespołowi ratowniczemu placówki medycznej, do której nastąpi transport”⁵⁴.

Wydawać się może, że brak zgody pacjenta na przewiezienie do placówki wybranej przez zespół ratownictwa medycznego został zrównany przez SN z brakiem zgody na przewiezienie dokądkolwiek. Sąd Najwyższy nie uwzględnił tutaj, że pacjent lub osoby z jego otoczenia, nie mając formalnych uprawnień do decydowania w tym zakresie, mogą dysponować informacjami na temat warunków panujących w danej placówce lub innych okoliczności istotnych dla wyboru szpitala (np. warunków jazdy na prowadzącej tam trasie), które niekoniecznie muszą być znane ratownikom. Wydaje się, że takie zastrzeżenia mogą i niekiedy nawet powinny być brane pod uwagę, i ostatecznie wpływać na decyzję co do miejsca przewozu, tyle że nie stanowią skutecznych roszczeń, niezależnie jak stanowczo formułuje je pacjent lub inne osoby. Być może to miał na myśli Sąd Najwyższy, stwierdzając, że ani pacjent, ani osoby mu najbliższe nie mogą określać miejsca przewozu „w sposób wiążący”, co nie znaczy, że wypowiedzi tych osób są w ogóle nieistotne.

⁵² Postanowienie SN, II KK 306/16, s. 7.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibidem*.

W komentowanym wyroku brak formalnych uprawnień do wskazania szpitala jest szczególnie widoczny. Żądania J.N., które skutecznie opóźniły udzielenie pomocy chorej, nie opierały się na żadnej podstawie prawnej. Pacjentka nie była osobą ubezwłasnowolnioną ani małoletnią, mąż nie był jej opiekunem prawnym ani faktycznym i nie miał prawa do decydowania o działaniach podejmowanych przez ratowników. Podkreślić należy ogólną regułę, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych rodzina pacjenta nie ma prawa decydowania o leczeniu bądź jego zaprzestaniu. Decyzje w tym zakresie podejmuje lekarz po uzyskaniu zgody pacjenta⁵⁵ lub samodzielnie, bez zgody pacjenta, w określonych w art. 33 ust. 1 ustawy lekarskiej sytuacjach „nagłych”⁵⁶.

VI. Zakończenie

W komentowanym stanie faktycznym doszło do zbiegu wielu niekorzystnych zdarzeń, które mogły mieć wpływ na stan zdrowia pacjentki. Wydłużony czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego z uwagi na relatywnie dużą odległość, konieczność ponownego połączenia się przez J.N. z właściwym dyspozytorem, sprzeczka co do miejsca przewiezienia chorej, a także niemożność udzielenia jej właściwej pomocy i konieczność przewiezienia H.N. do innego szpitala z pewnością opóźniły wdrożenie prawidłowego leczenia, co przy udarze mózgu jest jednym z najważniejszych czynników mających wpływ na skuteczność procesu terapeutycznego. Wynikało to m.in. z braku jednoznacznych instrukcji oraz konfliktu decyzyjnego pomiędzy mężem pacjentki a ratownikami i dyspozytorem. Sąd Najwyższy wprost określił katalog podmiotów mogących podejmować decyzję w takich sytuacjach oraz ewentualne okoliczności, kiedy

⁵⁵ Ta podstawowa zasada wynika z art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz z art. 17 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku pacjentów małoletnich i „niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody” potrzebna jest zgoda przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2 uzl).

⁵⁶ Art. 33 ust. 1 uzl: „(...) jeżeli wymaga on [pacjent] niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym”.

można brać pod uwagę wolę rodziny i bliskich pacjenta. Trafne rozumowanie sądu wydaje się rozwiewać wszelkie wątpliwości w tym zakresie.

Jednocześnie Sąd Najwyższy zbyt kategorycznie określa rolę samego pacjenta w procesie decyzyjnym, pozostawiając mu wyłącznie możliwość binarnego wyrażenia zgody na przewiezienie do określonego szpitala. Nietrafny wydaje się pogląd, według którego nie uwzględnia się informacji pozyskanych od pacjenta ani innych racjonalnych argumentów, jakie może on przedstawić, pozostawiając mu jedynie możliwość wyrażenia zgody lub odmowy przewiezienia do placówki wybranej przez dyspozytora lub koordynatora PRM.

Uwagi na tle postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2017 r. (II KK 306/16) oraz wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2017 r. (II KK 215/17)

Dwaj ratownicy medyczni i dyspozytorka zostali oskarżeni o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjentki po doznanym udarze mózgu, którą na zlecenie dyspozytorki przewieźli do szpitala niedysponującego warunkami ani zapleczem technicznym do leczenia udarów, a na miejscu odmówili przewiezienia jej do innej placówki, odpowiedniej dla stanu klinicznego. Pacjentka przeżyła, ale kosztem dużego uszczerbku na zdrowiu. Jako oskarżyciel posiłkowy wystąpił mąż pacjentki, który od początku nalegał na przewiezienie żony gdzie indziej, ale ze względu na własną wygodę. Awantura z nim znacznie opóźniła pomoc pacjentce. Opisywana sprawa dotyczy w istocie wykładni norm określających sposób przewożenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez system ratownictwa medycznego, a także tego, czy pacjent w tym systemie w ogóle ma coś do powiedzenia na temat placówki, do której miałby trafić.

Słowa kluczowe: nagle zagrożenie zdrowotne, ratownicy medyczni, narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo

Abstract

Two paramedics and a dispatcher have been charged with endangering the imminent risk of loss of life or grievous bodily harm the health of a stroke patient who, on the instructions of the dispatcher they transported her to a hospital without conditions or technical facilities for treating strokes conditions and technical facilities for treating strokes, and on the spot refused to transport her to another facility suitable for the clinical condition. The patient survived, but at the cost of great damage to her health, and as an auxiliary defendant she was the husband, who from the outset insisted that his wife be transported elsewhere elsewhere, but for

reasons of his own convenience. An altercation with him delayed assistance. In essence, the case concerns the interpretation of the standards governing the transportation of persons in a state of medical emergency by the emergency medical services system medical emergency system, and whether a patient in that system has anything at all to say over the facility to which he or she would be taken.

Keywords: health emergency, paramedics, exposure to immediate danger