

Tomasz Konopka, Elżbieta Skupień

Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”

**Possibilities of medical opinionating in cases associated with „exposure to direct danger of death or serious health damage”**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ

Kierownik Katedry: prof. dr hab. M. Kłys, Kierownik Zakładu: dr hab. J. Kunz

Ocena skutków potencjalnych, związana z treścią artykułu 160 k.k., zdaniem części medyków sądowych należy do kompetencji biegłych lekarzy, co jest akceptowane przez sądy i prokuratury. Tymczasem wiedza lekarzy w zakresie przewidywania skutków, które nie nastąpiły, tylko nieznacznie przewyższa wiedzę prawników. W sprawach prostych, np. urazów godzących we wrażliwe okolice ciała, wydanie opinii potwierdzającej poważne zagrożenie nie nasuwa większych problemów. Podobnie nie nasuwa problemów wydanie opinii o braku takiego zagrożenia, np. w przypadku urazu z brakiem obrażeń. W sprawach złożonych, a do takich należy znaczna część spraw o błąd lekarski, wydanie opinii o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, może być niewykonalne.

In the opinion of some forensic medicine experts, assessment of potential consequences in keeping with Article 160 of the Polish Penal code, which refers to the crime of “exposure to direct danger of death or severe health damage”, lies within the competence of medicolegal specialists. This view is accepted by courts and prosecution offices. However, the knowledge of physicians in the field of predicting consequences which did not occur is only somewhat better than that of lawyers. In simple cases, e.g. in trauma involving a sensitive area of the body, passing an opinion confirming a serious danger is not associated with any major problems. Similarly, no problems arise when passing an opinion on the lack of such a danger e.g. in the case of trauma without any injuries. In complex cases, however, which include the majority of medical error cases, passing an opinion on exposure to direct danger of death or severe health damage may be not feasible.

Słowa kluczowe: narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo, opiniowanie sądowno-lekarskie, błąd medyczny

Key words: exposure to direct danger, medicolegal opinion, medical error

W okresie ostatnich lat pojawiło się kilka publikacji dotyczących opiniowania w zakresie art. 160 k.k. [1, 2, 3, 4, 5]. Wspólną tezę tych publikacji był wniosek, że biegli z zakresu medycyny sądowej, nie powinni uchylać się od odpowiedzi na pytanie o potencjalny skutek działania lub zaniechania sprawcy. Autorzy przeciwstawiali swoje wnioski tezie o braku uprawnień lekarzy do wypowiedzania się w tej kwestii, pojawiającej się w opracowaniach wychodzących z krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej, w których podnoszono, że opiniującego lekarza obowiązuje zasada skutkowości, uniemożliwiająca rozważanie skutków potencjalnych, czyli takich, które *de facto* nie wystąpiły [6].

Ocena potencjalnego skutku działania lub zaniechania sprawcy, związana jest z treścią artykułu 160 k.k., który mówi „Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Organy zlecające wydanie opinii, najczęściej zwracają się z pytaniem „Czy działanie sprawcy narażało pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”. Cytowani autorzy [4] najczęściej odpowiadają na pytanie „Czy

istnieje związek przyczynowy między postępowaniem podejrzanego a narażeniem pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo...". Odpowiedź na tak zadane pytanie, zdaniem autorów powinna być dwuczęściowa. Biegły powinien podać możliwe skutki działania sprawcy oraz określić prawdopodobieństwo ich wystąpienia.

Autorzy niniejszego artykułu mają jednak poważne wątpliwości, czy biegli lekarze rzeczywiście są w stanie zajmować się opiniowaniem w zakresie artykułu 160. Wątpliwości te są dużo poważniejsze niż przestrzeganie określonej zasady opiniodawczej. Procesy chorobowe są tak złożone, że w zasadzie tylko w najprostszych przypadkach można określić stopień prawdopodobieństwa poważnych następstw. Brak kompetencji lekarza do wydania opinii, wynika zatem z braku możliwości wydania tej opinii. Ponadto w większości spraw, w których prawdopodobieństwo nastąpienia zgonu lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest wysokie, do stwierdzenia tego nie jest potrzebna wiedza medyczna, ale wystarcza wiedza ogólna, dostępna każdemu.

## KOMPETENCJE BIEGŁEGO LEKARZA I JEGO MOŻLIWOŚCI OPINIODAWCZE

W przywołanych na wstępie artykułach [1, 4] przewija się teza, chętnie zresztą akceptowana przez prawników, że opiniowanie o narażeniu na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, należy do kompetencji biegłego lekarza. Bądź co bądź to właśnie lekarze, specjaliści medycyny sądowej, zajmują się problematyką śmierci i uszczerbku na zdrowiu. Prawnicy dochodząc w tym przypadku do granic swej wiedzy, do dalszej analizy powołują biegłego dysponującego wiedzą specjalną. Nie posiadając jednak wiedzy medycznej, nie bardzo mogą wyobrazić sobie co naprawdę jest w stanie wyjaśnić biegły lekarz. Powoływanie lekarzy do opiniowania o „narażeniu” wynika zatem z oczekiwań prawników, że wiedza biegłego wypełni lukę w wiedzy prawnika. Z podobnymi oczekiwaniami prawników spotykamy się częściej. Najlepszym tego przykładem była sprawa „przecinka”, który stworzył „długotrwałą chorobę realnie zagrażającą życiu”. Prawnicy oczekiwali od biegłych sądowych opracowania interpretacji, do tego sztucznego tworu, powstałego przy edycji ustawy. Pomimo nalegań prawników, uzasadniających że jest to przecież kwestia lekarska, lekarzom – co oczywiste – nie udało się wypracować interpretacji do tego powstałego mocą przypadku, zlepkę słów. Z podobną argumentacją zetknęliśmy się w orzecznictwie z zakresu prawa pracy. Sąd Najwyższy rozpatrując problem przyczyn zawału serca, orzekł w wyroku z dnia 4 maja 1984 (II PRN 6/84): „Do uznania danego

zdarzenia za wypadek przy pracy wystarczy, jeżeli zostanie wykluczone, że bez [...] czynnika zewnętrznego nie doszłoby do skutku w postaci uszczerbku na zdrowiu” – co powinien przeprowadzić biegły lekarz. Nerozwiązywalny problem opiniodawczy został sprowadzony do prostego „wystarczy, jeżeli zostanie wykluczone”.

Rozważając problematykę opiniowania w zakresie art. 160 k.k., należy postawić pytanie, co może, czy też raczej – co jest w stanie stwierdzić biegły lekarz.

## PRZYPADKI PROSTE

Nie budzi większych wątpliwości fakt, że wśród spraw trafiających do opiniowania sądowo-lekarskiego, zdarzają się przypadki, w których określenie czy wystąpiło narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia, nie nasuwa większych problemów. Część z nich to przypadki, w których prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkich następstw jest znikome. W znacznej większości spraw, w których pacjent doznał niewielkich, powierzchownych obrażeń, zwłaszcza zlokalizowanych w „bezpiecznych” częściach ciała, z dala od głowy, szyi, serca czy przebiegających pod skórą dużych naczyń – można stwierdzić, że działanie sprawcy nie narażało ofiary na niebezpieczeństwo utraty życia ani ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W takich przypadkach, uchylenie się biegłego lekarza od wydania opinii istotnie może być uznane za bezpodstawne.

Druga grupa przypadków to te, w których działanie sprawcy, w sposób oczywisty, narażało pokrzywdzonego na niebezpieczeństwo utraty życia. Zaliczymy tu na przykład pobicie ze złamaniami czaszki wskutek uderzeń zadanych młotkiem lub siekierą, zadanie nożem licznych ran kłutych, potrącenie pieszego samochodem jadącym z dużą prędkością itp. W przypadkach takich, nawet jeżeli odniesione obrażenia były niewielkie, zagrożenie wystąpieniem ciężkich następstw było rzeczywiście duże. Tu także uchylenie się biegłego od opiniowania o narażeniu może się wydawać bezpodstawne.

Istnieje jednak grupa przypadków, w których udzielenie przez lekarza odpowiedzi na pytanie o „narażenie”, jest niemożliwe. Chodzi tu o przypadki zdarzające się zbyt rzadko, aby biegły mógł zdobyć takie doświadczenie o zagrożeniach, jakie ma o przypadkach zdarzających się często. O tym, że zadawanie nożem ciosów w klatkę piersiową może być niebezpieczne, wie każdy lekarz. Gdyby nawet nie miał własnego doświadczenia, może na ten temat przeczytać w licznych publikacjach z zakresu medycyny sądowej, zarówno w książkach jak i artykułach, dostępnych czy to w Archiwum Medycyny Sądowej, czy to w obcojęzycznych publikacjach z naszej

dziedziny. W publikacjach z zakresu chirurgii można z kolei znaleźć informacje o tym, jak duża powierzchnia oparzenia ciała wiąże się z zagrożeniem życia, w publikacjach z zakresu toksykologii – jak duża dawka trucizny jest niebezpieczna dla życia, a w publikacjach z zakresu okulistyki, jakie obrażenia oczu grożą utratą wzroku. Można też samodzielnie przeanalizować zbiory odpowiednich przypadków. Odpowiadając na pytanie „Czy uderzenie butelką w głowę narażało pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”, przeanalizowaliśmy komputerowy zbiór opinii wydanych przez krakowski Zakład Medycyny Sądowej w okresie ostatnich 8 lat. W tym okresie, na około 15 tysięcy opinii o stopniu uszczerbku na zdrowiu, znalazło się 40 spraw, w których pokrzywdzony podawał w wywiadzie uderzenie butelką w głowę. W 2 sprawach uszczerbek na zdrowiu zakwalifikowany został z art. 156 (w jednym nastąpiła utrata oka, w drugim powstała szpecąca blizna twarzy), w 8 zaopiniowano kwalifikację z art. 157 § 1, a w pozostałych 30 kwalifikacja była niższa. W tym okresie nie badaliśmy przypadku ze śmiertelnymi obrażeniami zadanyymi butelką, ostatni zdarzył się 15 lat temu. Podobnie można zebrać przypadki np. postrzałów z wiatrówki, uderzenia kamieniem w głowę, duszenia rękami za szyję, oblania wrzątkiem czy dodawania leków nasennych do alkoholu. Często pytania o „narażenie” zadawane są jednak w sprawach, w których nie jesteśmy w stanie przeanalizować odpowiedniego zbioru przypadków, bo są one zbyt rzadkie. Przykłady: wypchnięcie z jadącego pociągu, „przyssanie” dziecka do otworu odpływowego w basenie, wrzucenie kamienia przez okno z wybicciem szyby, wrzucenie kogoś w ziemię do wody itd. Każdy z tych przypadków sam w sobie jest rzadki, chociaż razem układają się w dużą grupę spraw, w których nie da się jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych następstw.

Można tu zastanowić się, czy wiedza o niebezpieczeństwie wynikającym z wypchnięcia z pociągu, uderzenia kamieniem w głowę czy wrzucenia na mrozie do wody, jest rzeczywiście wiedzą medyczną, czy nie stanowi wiedzy ogólnej, dostępnej każdemu. A jeżeli do stwierdzenia, że wrzucenie pasażera z pociągu narażało go na niebezpieczeństwo utraty życia – nie jest potrzebna wiedza specjalna, to nie ma powodu, aby opinię w tej sprawie wydawał biegły lekarz. Wydawać by się wprawdzie mogło, że nie stanowi to przeciwwskazania do wydania opinii przez lekarza, skoro dysponuje on taką samą wiedzą ogólną jak wszyscy. Wydanie jednak takiej opinii przez specjalistę medycyny sądowej czyni pozory, że ma ona podstawy naukowe, co w zakresie posiłkowania się wiedzą ogólną jest nieprawdą.

## SPRAWY O BŁĄD MEDYCZNY

Znacznie poważniejszy problem w zakresie opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, stanowią sprawy o błąd medyczny.

Wyliczenie możliwych następstw działania lub zaniechania sprawcy, na ogół nie nasuwa większych problemów. Następstwem uderzenia siekierą w głowę może być rana rąbana, złamanie czaszki, krwotok śródczaszkowy lub zranienie mózgu. Następstwem omyłkowego zlecenia Vinblastyny pacjentowi, któremu właśnie zdjęto szwy z rany na nodze, zamiast Vasolastyny (lek przyspieszający gojenie ran, przypadek z praktyki krakowskiego ZMS), może być przejściowa leukopenia, infekcja rany, zapalenie płuc lub ciężka posocznica. W obydwu tych przypadkach istnieje zatem możliwość spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (np. krwotok śródczaszkowy w pierwszym przypadku, posocznica w drugim) a nawet śmierci. Nie oznacza to jednak, że w każdym przypadku uderzenia kamieniem w głowę wystąpi krwotok śródczaszkowy a po każdym nieuzasadnionym podaniu Vinblastyny posocznica. Nawet w przypadku użycia tak niebezpiecznego narzędzia jak broń palna, możliwy jest cały szereg różnych skutków, skutkiem postrzału niekoniecznie musi być śmierć, zagrożenie życia lub kalectwo. Przytaczając słowa Kmicica z Potopu – „nie każda kula zabija, inaczej matki nie nadażyłyby rodzić”.

Zgodnie z propozycją autorów opiniujących o narażeniu na niebezpieczeństwo śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, biegły lekarz powinien określić prawdopodobieństwo wystąpienia tych ciężkich następstw [3, 4]. W przypadku uderzenia siekierą w sklepienie głowy sprawa wydaje się dość prosta, jedyną zmienną wpływającą na rozległość obrażeń, jest siła z jaką zadano cios. Podobnie prosta wydaje się opinia w sprawie dodania trucizny do alkoholu, gdzie głównym czynnikiem decydującym o prawdopodobieństwie zgonu, jest dawka. W wielu sprawach jednak, a przede wszystkim w sprawach o błąd lekarski, prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiego skutku zależy od wielu okoliczności. Czy rzeczywiście biegły może jednoznacznie stwierdzić, że nieprawidłowe postępowanie lekarza, wiązało się z narażeniem pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w następujących przypadkach, opiniowanych w krakowskim ZMS:

- odmowa przez lekarza pogotowia przewiezienia do szpitala pacjenta z bólem w klatce piersiowej, pacjent został przewieziony do szpitala własnym transportem, w szpitalu rozpoznano

u niego zawał serca, leczony z powodzeniem fibrynolitycznie,

- niezauważenie przez lekarza podejrzanego cienia w mammografii, w pół roku później pacjentka w czasie samokontroli zauważyła guzek, leczona skutecznie mastektomią,
- pozostawienie w domu pacjentki z depresją, pacjentka po wizycie pogotowia wyskoczyła z okna I piętra, doznając powierzchownych obrażeń.

W każdym z tych przypadków wystąpił błąd medyczny, który jednak w żadnym z nich nie spowodował negatywnych skutków dla zdrowia pacjenta. Każdy z tych przypadków mógł zakończyć się śmiercią pacjenta lub przynajmniej ciężką chorobą. W pierwszym z nich zgon mógł być spowodowany zaburzeniami rytmu serca lub niewydolnością krążenia, w drugim rozsiewem nowotworowym, w trzecim wybraniem bardziej skutecznej metody odebrania sobie życia. Z drugiej strony, w pierwszym przypadku zawał wcale nie musiał skończyć się śmiercią, wiemy jak często widzimy w czasie sekcji zwłok blizny pozawałowe, przy ujemnym wywiadzie w kierunku przebycia zawału. W drugim przypadku nie wiemy, jak długo guz już się rozwijał, rak sutka może rosnąć powoli. W trzecim z kolei przypadku nie wiemy czy skok z okna tak naprawdę był próbą samobójstwa, czy też tylko szantażem. Nie ma możliwości udowodnienia, że każdy z tych przypadków skończyłby się śmiercią, gdyby nie przerwanie ciągu zdarzeń. Nie ma nawet możliwości dokonania oceny, jakie było prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych skutków.

Przypadki, w których wydajemy opinie o bezskutkowym błędzie lekarskim, są w rzeczywistości jeszcze bardziej złożone. W sprawie omyłkowego podania Vinblastyny, reakcja organizmu pacjenta zależałaby od jego wieku, schorzeń, na które cierpi, a które zależą od działania układu odpornościowego (np. cukrzyca, stan po niedawnym przebyciu infekcji dróg moczowych), stopnia nasilenia tych schorzeń (np. cukrzyca ma niewielkie nasilenie, a przebyte zakażenie dróg moczowych miało ciężki przebieg lub odwrotnie), współistnienia schorzeń, które nie zależą lub w niewielkim stopniu zależą od układu odpornościowego, np. choroby wieńcowej, choroby wrzodowej żołądka a także stopnia nasilenia tych schorzeń. Pamiętać przy tym należy, że przed wydaniem opinii przeważnie nie mamy możliwości wykonania u pacjenta pełnego zestawu badań dla określenia stopnia osłabienia układu odpornościowego, stanu dróg moczowych, nasilenia cukrzycy, choroby wieńcowej i choroby wrzodowej.

## SPOSÓB OPINIOWANIA

Przyznajemy, że rzeczywiście nie we wszystkich rodzajach opiniowania sądowo-lekarskiego, oceniany jest skutek, który już nastąpił. Potencjalny a nie rzeczywisty wpływ na zdrowie pacjenta rozpatrujemy np. określając rokowania na przyszłość w opiniowaniu cywilnym lub oceniając wpływ chorób pacjenta na możliwość odbywania przez niego kary. W tych przypadkach opinia lekarza nie stanowi jednak prostej kwalifikacji do odpowiedniego artykułu kodeksu karnego, od którego bezpośrednio zależy wymiar kary. Odpowiadając natomiast na pytanie o skutki urazu, podobnie jak o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, dokonujemy kwalifikacji do konkretnych artykułów kodeksu karnego. Oczywiście każdy legalista w tym miejscu słusznie zaprotestuje, że kwalifikacji prawnej dokonuje prawnik, jedynie posiłkując się opinią lekarską. Trudno jednak wyobrazić sobie sytuację (a w każdym razie taki przypadek nie pojawił się w praktyce krakowskiego ZMS), w której prokurator lub sąd, otrzymując opinię „obrażenia naruszały czynność narządów ciała na okres nie przekraczający siedmiu dni” – zakwalifikowałby je inaczej niż z artykułu 157 § 2. W opiniowaniu naszej Katedry spotkał się nawet z przypadkami zwracania przez sąd okręgowy do ponownego rozpatrzenia spraw, w których sąd rejonowy dokonał kwalifikacji obrażeń bez powoływania biegłego. Kwalifikację obrażeń może w rzeczywistości zakwestionować tylko inny biegły-lekarz a nie prawnik.

Podobnie wygląda sytuacja z kwalifikacją z art. 160. Autorzy opinii nie zetknęli się z przypadkiem, w którym organ orzekający po otrzymaniu opinii, że działanie sprawcy lub zadane przez niego obrażenia narażały pokrzywdzonego na ciężki uszczerbek na zdrowiu – nie zastosował kwalifikacji z art. 160. Podobnie zatem, jak przy opiniowaniu o stopniu uszczerbku na zdrowiu, także i tu opinia lekarska w istocie decyduje o kwalifikacji prawnej.

W tej sytuacji biegły lekarz, podejmujący się opiniowania o „narażeniu”, powinien stosować tak ostre reguły jakie obowiązują przy opiniowaniu o uszczerbku na zdrowiu. Wydając opinię o stopniu uszczerbku na zdrowiu, biegły lekarz starannie weryfikuje obrażenia zgłaszane przez pacjenta, tak aby w opinii zostały uwzględnione tylko te, które sprawca rzeczywiście spowodował swoim działaniem. Odrzucane są skutki rozpoznawane tylko na podstawie wywiadu (np. ból), odrzucane są następstwa urazu, które były jedynie podejrzewane (np. „fractura basis crani susp.”), a także takie, co do których istnieją wątpliwości czy rzeczywiście powstały w przedmiotowym zdarzeniu (np. ślad po złamaniu, stwierdzony przypadkowo w rtg w rok później). Tak skrupulatna weryfikacja

skutków wynika ze stosowania zasady domniemania niewinności, opinia musi opierać się na faktach udowodnionych [7]. Tymczasem opinia odpowiadająca na pytanie o narażenie, opiera się na przypuszczeniach. W innych rodzajach opinii sądowo lekarskich, od biegłego lekarza wymaga się „pewności” określonych skutków, podczas gdy w sprawach o „narażenie” wystarcza „wysokie prawdopodobieństwo” [8] wystąpienia potencjalnego skutku. Z lektury akt spraw o błąd lekarski wynika, że wystarczy chociażby podejrzenie, że pacjent mógł umrzeć wskutek przedmiotowego błędu, a już lekarzowi stawiany jest zarzut zagrożony trzema latami pozbawienia wolności. Biegły podejmujący się opiniowania o „narażeniu”, w praktyce bierze na siebie ciężar kwalifikacji prawnej czynu, choć w rzeczywistości podstawą opinii są tylko przypuszczenia.

Prokuratorzy i sędziowie, zlecający opiniowanie w zakresie art. 160, chyba nie do końca zdają sobie sprawę z tego, że lekarz opiniujący o „narażeniu”, np. w sprawie o błąd lekarski, opiera się jedynie na przypuszczeniach. Z lektury aktów oskarżenia wynika, że prawnicy często wyobrażają sobie proces chorobowy, jako jednakowy i niezmienny we wszystkich przypadkach tej samej choroby, a proces rozpoznawania i leczenia, jako ścisłą realizację, punkt po punkcie, jakiegoś zbioru przepisów. Tymczasem dobrze wiemy jak zmienny w każdym przypadku jest proces chorobowy i jak trudne a czasem wręcz niemożliwe jest określenie rokowania.

Co zatem może zrobić biegły lekarz, kiedy w postanowieniu o powołaniu biegłego, znajdzie się pytanie o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu? Możliwości jest kilka.

- 1) Wydawanie opinii o „narażeniu” w sprawach prostych takich, w których określenie potencjalnych poważnych zagrożeń jest jednoznaczne, odmawiając jednak wydania opinii (tzn. pisząc, że wydanie opinii jest niemożliwe) w sprawach złożonych takich, w których określenie prawdopodobieństwa wystąpienia poważnych zagrożeń jest niemożliwe. Zaletą takiego postępowania jest to, że organ zlecający, przynajmniej w części spraw, otrzymuje opinię, wadą – że jest to rozwiązanie połowicze, traktujące problem wybiórczo. Należy przy tym zauważyć, że wydawanie w przypadkach złożonych, a więc np. w znacznej części spraw o błąd lekarski, opinii, która będzie zawierała tylko wyliczenie możliwych groźnych następstw, ale bez rzetelnego określenia ich

prawdopodobieństwa, jest niedopuszczalne. Grozi bowiem utożsamianiem przez organ orzekający następstw „możliwych” z następstwami „pewnymi”, co widzimy czasem w aktach.

- 2) Odmawianie wydania opinii w zakresie art. 160 we wszystkich przypadkach (czego nie należy utożsamiać z jakąś „doktryną” obowiązującą w krakowskim ZMS), wychodząc z założenia, że stosowanie takiego częściowego, jak w punkcie powyższym rozwiązania, narusza zasady orzecznictwa lekarskiego. Z lektury akt zakończonych spraw wynika, że w większości z nich organ orzekający radzi sobie jakoś z problemem narażenia bez powoływania następnych biegłych. Wadą takiego podejścia jest to, że odmawiamy wydania opinii także w prostych sprawach, możliwych do opracowania przez lekarza, przy niewielkim przymknięciu oczu na zasady opiniodawcze.
- 3) Wydawanie opinii potwierdzającej „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” (czyli potwierdzającej wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia takich skutków), tylko w przypadkach, gdy to wysokie prawdopodobieństwo nie budzi wątpliwości. We wszystkich pozostałych przypadkach, a zatem zarówno w tych, w których prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych następstw jest niewielkie, jak i w tych, w których nie da się dokładniej określić stopnia tego prawdopodobieństwa, stosowanie formuły o „braku dostatecznej pewności wymaganej w opiniowaniu karnym”, jest do przyjęcia, że rozpatrywane działanie narażało na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [9]. Taki sposób opiniowania, wynika z omówionej powyżej interpretacji, że tylko potwierdzenie „narażenia”, zgodnie z zasadą „In dubio pro reo”, wymaga udowodnienia.

Praca niniejsza nie powinna być traktowana jako „okopywanie się na swoich pozycjach”, ale jako głos w dyskusji. Dyskusja prowadzona na łamach Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii toczy się jednak dość wolno, kolejne artykuły ukazywały się co kilka lat. Krakowski Oddział PTMSiK planuje zorganizowanie we wrześniu 2008 konferencji na ten temat, na wzór konferencji, jaką zorganizowaliśmy w 2001 roku na temat opiniowania o stopniu uszczerbku na zdrowiu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. I. Problem skutku potencjalnego w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Arch. Med. Sąd. Kryminal., 2001, 51, 1, 45-57.
2. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. II. Możliwości, warunki i granice lekarskiej oceny narażenia na niebezpieczeństwo życia lub zdrowia ludzkiego oraz kryteria medycznej kwantyfikacji stopnia narażenia. Arch. Med. Sąd. Kryminal., 2001, 51, 2, 105-118.
3. Teresiński G., Mądro R.: Lekarskie aspekty narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. III. Przykłady opinii. Arch. Med. Sąd. Kryminal., 2001, 51, 4, 347-354.
4. Jurek T., Maksymowicz K.: Opiniowanie sądowo-lekarskie, a ustalenie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu”. Arch. Med. Sąd. Kryminal., 2005, 55, 1, 66-73.
5. Jurek T.: Pojęcia Medyczne stosowane w karnej kwalifikacji uszkodzeń ciała. Praca doktorska wykonana w Katedrze Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu, 2007, 151-163.
6. Kunz J.: Niektóre przyczyny rozbieżności stanowisk prawników i biegłych lekarzy w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Arch. Med. Sąd. Kryminal., 1992, 42, 2, 124.
7. Jaegerman K.: Zasady opiniowania o stopniu uszkodzenia ciała (próba uporządkowania). Arch. Med. Sąd. Kryminal., 1978, 28, 4, 269-273.
8. Filar M.: Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego. Prawo i Medycyna, 1999, 3, 33.
9. Jaegerman K.: Opiniowanie sądowo-lekarskie. Eseje o teorii. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, 1991, 136 i n.

Adres autorów:  
Zakład Medycyny Sądowej  
ul. Grzegórzecka 16, 31-531 Kraków