

**Marcin Burdzik**

Uniwersytet Śląski w Katowicach

ORCID: 0000-0001-6607-6663

**KLAUZULA DOBREGO SAMARYTANINA,  
CZYLI NOWY KONTRATYP W ZWIĄZKU  
Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19****Wprowadzenie**

W czasie trwającej epidemii COVID-19 polski ustawodawca podejmuje szereg działań legislacyjnych, których ogólnym celem jest przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się fali zakażeń oraz redukcja negatywnych następstw zaistniałej sytuacji epidemiologicznej. Skutkiem powyższych są liczne zmiany w obowiązujących przepisach oraz nowe rozwiązania prawne, które w krótkich odstępach czasu wprowadzane są do polskiego porządku prawnego.

Do rozwiązań o charakterze dalece precedensowym należy zaliczyć nowy kontratyp wprowadzony w art. 24 u.covid<sup>1</sup>, określany mianem „klauzuli dobrego samarytanina”. Przywołany przepis w istocie wyłącza odpowiedzialność karną za nierażący, nieumyślny błąd medyczny popełniony przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19.

Przyjęte rozwiązanie jest z jednej strony istotnym precedensem w podejściu do problematyki błędów medycznych, które dotychczas oparte było wyłącznie na progresywnej penalizacji tego typu zdarzeń, i stanowi wyraźny zwrot w stronę sytemu *no fault*, o wprowadzenie którego od wielu lat postulują liczne środowiska medyczne. Z drugiej zaś strony może negatywnie wpływać na realizację niektórych funkcji prawa karnego, w szczególności funkcji sprawiedliwościowej. Biorąc pod uwagę, że przedmiotem ochrony wszystkich przepisów k.k.<sup>2</sup>, które objęte są zakresem omawianego kontratypu, jest zdrowie i życie człowieka, potencjalnym pokrzywdzonym w wyniku błędu medycznego będzie każdorazowo pacjent. Ten

<sup>1</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. 2020, poz. 1444 ze zm.).

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 2020, poz. 1517 ze zm.).

ostatni darzy osoby wykonujące zawody medyczne szczególnym stosunkiem zaufania i powierza im w opiekę dobra stanowiące *summum bonum* współczesnych systemów aksjonormatywnych, oczekując jednocześnie od organów państwa odpowiedniej reakcji prawnokarnej w przypadku ich naruszenia.

Celem artykułu jest kompleksowa analiza wprowadzonego kontratypu, próba oceny jego zasadności oraz wpływu na system opieki zdrowotnej i fundamentalne założenia polityki kryminalnej państwa w kontekście funkcji prawa karnego.

## Klauzula dobrego samarytanina – zakres stosowania

Każde rozwiązanie prawne cechuje się określonym zakresem obowiązywania. Również w przypadku dyskutowanego tu kontratypu można wyróżnić cztery odmienne, lecz funkcjonalnie powiązane płaszczyzny wyznaczające zakres jego zastosowania, tj. zakres, podmiotowy, przedmiotowy, temporalny i terytorialny.

**Zakres podmiotowy** określa katalog podmiotów, których relewantne z punktu widzenia prawa karnego zachowanie (działanie bądź zaniechanie) może być objęte dyskutowanym tu kontratypem. *In genere* będą to osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.<sup>3</sup> Zakres ten został określony w art. 24 u.covid pośrednio, poprzez wyliczenie ustaw korporacyjnych, na podstawie których przedstawiciele poszczególnych profesji medycznych udzielają świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z przywołanym przepisem klauzula dobrego samarytanina ma zastosowanie do:

- lekarzy, w tym lekarzy dentyków,
- felczerów<sup>4</sup>,
- pielęgniarek,
- położnych,
- ratowników medycznych,
- osób, które udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie u.z.z.ch.z.<sup>5</sup> (np. osób skierowanych do pracy przy zwalczaniu skutków epidemii w trybie art. 47 ww. ustawy, o ile w ramach realizowanych zadań udzielają świadczeń zdrowotnych).

Odnosząc się do drugiego z wyżej wymienionych zakresów, należy wskazać, że **zakresem przedmiotowym** klauzuli dobrego samarytanina objęte są czyny zabronione stypizowane w czterech przepisach prawnokarnych rozdziału XIX k.k., tj. odpowiednio:

---

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2020, poz. 295 ze zm.).

<sup>4</sup> Niniejsza profesja ma w obecnych czasach znaczenie marginalne. Zgodnie z danymi z Centralnego Rejestru Felczerów Naczelnej Izby Lekarskiej według stanu na 30 kwietnia 2018 r. w Polsce było 211 czynnych zawodowo felczerów oraz 532 niewykonujących tego zawodu.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2020, poz. 1845 ze zm.).

- nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155 k.k.),
- nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu człowieka w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia (art. 156 § 2 k.k.),
- nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu człowieka w postaci innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała (art. 156 § 2 k.k.),
- nieumyślne spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia, innych niż wymienione powyżej (art. 157 § 3 k.k.),
- nieumyślne spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia trwające nie dłużej niż 7 dni (art. 157 § 3 k.k.),
- nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 k.k.).

Zawartość treściowa przedstawionego katalogu prowadzi do kilku istotnych wniosków. Po pierwsze, cechą wspólną wszystkich wyżej wymienionych czynów zabronionych jest tożsamy rodzajowy przedmiot ochrony, którym są dwa dobra prawne, tj. zdrowie i życie człowieka.

Po drugie, **zakresem przedmiotowym kontratypu objęte są wyłącznie czyny zabronione popełnione w sposób nieumyślny**. Strona podmiotowa cechuje się nieumyślnością, gdy sprawca, nie mając zamiaru popełnienia czynu zabronionego, popełnia go na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał lub mógł przewidzieć (art. 9 § 2 k.k.).

Sam zamiar wyraża się zaś w świadomej woli zrealizowania przedmiotowych znamion czynu zabronionego<sup>6</sup>. Co istotne, choć zamiar istnieje tylko w świadomości sprawcy, to podlega identycznemu dowodzeniu jak okoliczności ze sfery przedmiotowej, a więc z zastosowaniem odpowiednich zasad dowodzenia i wnioskowania<sup>7</sup>. **Ustalenie, że sprawca działał umyślnie, wyklucza możliwość zastosowania art. 24 u.covid.** Dotyczy to obu postaci zamiaru, tj. zarówno działania w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym<sup>8</sup>.

Klauzula dobrego samarytanina znajdzie więc zastosowanie jedynie w sytuacjach, w których osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych popełni jeden z ww. czynów zabronionych na skutek niezachowania reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach. Reguły te winny być każdorazowo ustalone *ad ca-*

<sup>6</sup> Wyrok SN z dnia 3 lipca 2019 r., sygn. IV KK 143/18, Lex nr 2692099.

<sup>7</sup> Wyrok SA w Warszawie z dnia 26 czerwca 2020 r., sygn. II AKa 90/20, Lex nr 3046981.

<sup>8</sup> Istota zamiaru ewentualnego polega na tym, że sprawca, przewidując możliwość popełnienia czynu zabronionego, godzi się na to. Przyjęcie takiej postaci zamiaru musi opierać się na pewnym ustaleniu, że określony skutek był rzeczywiście wyobrażony przez sprawcę, a także iż był przez niego akceptowany. Zob. wyrok SA z dnia 25 kwietnia 2019 r., sygn. II AKa 27/19, Lex nr 2679666.

sum, tj. zarówno w odniesieniu do realiów konkretnej sprawy, jak i wzorca osobowego<sup>9</sup>, w żadnym zaś wypadku w sposób abstrakcyjny.

Po trzecie, **wszystkie czyny zabronione objęte kontratypem mają charakter materialny**. Ich stronę przedmiotową każdorazowo cechuje wystąpienie określonego skutku w postaci naruszenia życia (art. 155 k.k.) bądź zdrowia (art. 156 § 2, art. 157 § 3 k.k.) człowieka. Dotyczy to również stypizowanego w art. 160 § 3 k.k. narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu<sup>10</sup>. **Klauzula będzie miała przy tym zastosowanie zarówno do czynów zabronionych popełnionych przez działanie (np. zastosowanie niewłaściwej metody leczenia), jak i przez zaniechanie.**

Nie budzi bowiem żadnych wątpliwości stwierdzenie, iż osoby wykonujące zawód medyczny, objęte zakresem podmiotowym diskutowanego kontratypu, pełnią rolę gwaranta dóbr prawnych chronionych przez przepisy rozdziału XIX k.k. (zdrowie i życie człowieka). To zaś oznacza, że ciąży na nich prawny, szczególny obowiązek zapobiegania skutkom w postaci naruszenia tychże dóbr. Tym samym mogą one dokonać jednego z czynów zabronionych wymienionych w art. 24 u.covid również poprzez zaniechanie (art. 2 k.k.).

Niedopełnienie obowiązku ciężącego na gwarancie polegać będzie w takiej sytuacji na zaniechaniu podjęcia czynności, które w danej sytuacji faktycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami i regułami postępowania, należało podjąć<sup>11</sup>. Przy czym prawnie relewantne pozostanie jedynie naruszenie obowiązku, któremu zadośćuczynienie skutecznie zapobiegłoby spowodowanemu skutkowi<sup>12</sup>. W przeciwnym wypadku nie można mówić o wystąpieniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy biernym zachowaniem sprawcy a wywołanym skutkiem. W takiej sytuacji powołanie się na kontratyp będzie bezprzedmiotowe, gdyż odpowiedzialność karna w ogóle nie powstanie.

Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych wstępuje niejako *ipso facto* w rolę gwaranta zdrowia i życia osób, którym świadczeń tych udziela<sup>13</sup>. Normatywnych

---

<sup>9</sup> Tj. w oparciu o zachowania typowe dla rozważnego obywatela, tzn. takiej osoby, która dysponuje właściwymi do wykonania danej czynności kwalifikacjami oraz charakteryzuje się postawą należytego wykonania swoich obowiązków. Zob. wyrok SA w Szczecinie z dnia 3 września 2020 r., sygn. I ACa 332/20, Lex nr 3116056.

<sup>10</sup> Chociaż konstrukcja przywołanego przepisu może sugerować jego formalny charakter, to w doktrynie powszechnie przyjmuje się, że ma ono charakter materialny. Skutkiem jest w tym wypadku spowodowanie stanu zagrożenia dla zdrowia lub życia człowieka (przestępstwo z narażenia konkretnego). Tak np. T. Dukiet-Nagórska, *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, Warszawa 2016, s. 387; *Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2021/Lex.

<sup>11</sup> Wyrok SN z dnia 10 grudnia 2002 r., sygn. IV KKN 667/99, Lex nr 74384.

<sup>12</sup> Tak słusznie: *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzošek, Warszawa 2020/Lex.

<sup>13</sup> Jak słusznie wskazał SN w odniesieniu do lekarzy, relacja prawna, jaka zachodzi między lekarzem i pacjentem, jest typowa dla zaistnienia warunków odpowiedzialności karnej gwaranta jako podmiotu zobowiązanego do podejmowania zachowań skierowanych przeciwko skutkowi w postaci naruszenia zdrowia lub życia pacjenta. Zob. wyrok SN z dnia 8 lutego 2017 r., sygn. III KK 226/16, Lex nr 2224610.

źródeł takiego obowiązku należy w tym wypadku upatrywać w odpowiednich ustawach korporacyjnych regulujących zasady wykonywania poszczególnych zawodów medycznych, interpretując je z uwzględnieniem dyrektyw wykładni funkcjonalnej<sup>14</sup>.

Zarówno w doktrynie, jak i judykaturze powszechnie przyjmuje się, że obowiązek prawny, o którym mowa w art. 2 k.k., może wynikać nie tylko z aktów normatywnych. Jego źródłem mogą być także: orzeczenia sądu, umowy dobrowolne zobowiązanie się do przyjęcia pieczy nad inną osobą lub dobrem, a ponadto uprzednie zachowanie się gwaranta czy też skonkretyzowana sytuacja faktyczna, w której w sposób jednoznaczny urzeczywistnia wymaganie zapobieżenia skutkowi stanowiącemu znamię określonego czynu zabronionego<sup>15</sup>.

Przechodząc do analizy **zakresu temporalnego**, wskazać należy, że klauzula dobrego samarytanina może być stosowana wyłącznie w okresie, w którym został ogłoszony stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii (art. 24 u.covid). Oba te terminy posiadają definicje legalne. Zgodnie z art. 2 pkt 23 u.z.z.ch.z. przez stan zagrożenia epidemicznego należy rozumieć sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. Z kolei stan epidemii wprowadzany jest na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania jej skutków (art. 2 pkt 22 u.z.z.ch.z.).

Decyzja o wprowadzeniu któregoś z wyżej wymienionych stanów przyjmuje postać rozporządzenia wojewody<sup>16</sup> lub ministra właściwego do spraw zdrowia<sup>17</sup>. Klauzulę dobrego samarytanina można więc stosować wyłącznie w odniesieniu do czynów zabronionych, które zostały popełnione w okresie obowiązywania wspomnianych rozporządzeń. Decydujące znaczenie ma więc istnienie jednego z dyskusowanych stanów *in tempore criminis*, tj. w czasie, w którym sprawca działał lub zaniechał powinnego działania (art. 6 § 1 k.k.). Irrelevantne pozostaje natomiast to, czy stan ten trwał nadal w momencie wszczęcia i kontynuowania procesu karnego.

Z zakresem temporalnym diskutowanego tu kontratypu funkcjonalnie związany jest jego **zakres terytorialny**, który pokrywa się z granicami obszarów, na których *in tempore criminis* obowiązywał stan epidemii bądź stan zagrożenia epidemicznego. Chociaż w art. 24 u.covid mowa jest o stosowaniu klauzuli „w okre-

---

<sup>14</sup> Podobnie zob. Ł. Pohl, *Artykuł 2 Kodeksu karnego w roli wyznacznika podmiotu przestępstwa skutkowego popełnionego przez zaniechanie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2008, nr 3, s. 94.

<sup>15</sup> Wyrok SN z dnia 19 lipca 2018 r., sygn. IV KK 371/17, Lex nr 2540120; wyrok SN z dnia 4 marca 2015 r., sygn. IV KK 32/15, Lex nr 1650300.

<sup>16</sup> Jeżeli stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii występuje na obszarze danego województwa. Wojewoda wydaje rozporządzenie na wniosek państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego (art. 46 ust. 1 u.z.z.ch.z.).

<sup>17</sup> Dla wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na obszarze wykraczającym poza obszar jednego województwa. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje rozporządzenie na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego (art. 46 ust. 2 u.z.z.ch.z.).

sie” jednego z ww. stanów, to oczywiste jest, że stany te ogłasza się zawsze w odniesieniu do określonego obszaru RP<sup>18</sup>, nigdy zaś w oderwaniu od niego.

Wykładnia funkcjonalna art. 24 u.covid uwzględniająca powyższe zastrzeżenie nakazuje przyjąć, że **klauzula dobrego samarytanina będzie miała zastosowanie jedynie do czynów zabronionych popełnionych na obszarach, na których w momencie ich popełnienia obowiązywał stan epidemii (bądź zagrożenia epidemicznego)**. Obecnie konkluzja ta może się wydawać pozornym truizmem, gdyż stan epidemii został ogłoszony dla całego terytorium RP<sup>19</sup>. Nie można jednak wykluczyć sytuacji, w której w wyniku nierównomiernego rozkładu zakażeń stan epidemii zostanie w przyszłości odwołany w odniesieniu do części województw przy jednoczesnym jego utrzymaniu dla pozostałych rejonów kraju.

Problem, jaki pojawi się wówczas, wynikał będzie z obowiązującej w prawie karnym zasady wielomiejscowości czynu zabronionego (art. 6 § 2 k.k.). Zgodnie z jej treścią możliwe jest równoczesne istnienie kilku miejsc popełnienia czynu zabronionego<sup>20</sup>, za które uważa się odpowiednio:

- miejsce, w którym sprawca działał lub zaniechał działania,
- miejsce, w którym skutek stanowiący znamię czynu zabronionego nastąpił,
- miejsce, w którym skutek stanowiący znamię czynu zabronionego według zamiaru sprawcy miał nastąpić<sup>21</sup>.

Biorąc pod uwagę powyższe, w praktyce możliwa stanie się sytuacja, w której jedno z miejsc popełnienia czynu zabronionego (np. miejsce działania sprawcy) będzie znajdowało się na obszarze objętym stanem epidemii, a drugie (np. miejsce wystąpienia skutku) poza takowym obszarem<sup>22</sup>. Zachodzi więc pytanie, czy w opisanej powyżej sytuacji możliwe będzie zastosowanie klauzuli dobrego samarytanina, skoro w jednym z miejsc popełnienia czynu zabronionego *de facto* nie obowiązywał stan epidemii (zagrożenia epidemicznego) wymagany do jej zastosowania?

*De lege lata* stwierdzić należy, że literalna konstrukcja art. 24 u.covid nie dostarcza bezpośredniej odpowiedzi na postawione powyżej pytanie. Problemu nie rozwiązuje również odwołanie się do przepisów k.p.k.<sup>23</sup> Co prawda stan wie-

---

<sup>18</sup> Stan epidemii (stan zagrożenia epidemicznego) ogłasza się zawsze *verba legis* „na danym obszarze” – województwa, jego części lub kilku województw (art. 46 ust. 1 i 2 u.z.z.ch.z.).

<sup>19</sup> Począwszy od 20 marca 2020 r. stan epidemii wirusa SARS-CoV-2 został ogłoszony na terenie całego kraju. Zob. § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. 2020, poz. 491).

<sup>20</sup> A. Błachnio, *Miejsce popełnienia czynu zabronionego przez podżegacza i pomocnika – zarys problematyki*, „Palestra” 2006, nr 7–8, s. 83.

<sup>21</sup> Mając na względzie, iż zakresem przedmiotowym klauzuli objęte są wyłącznie czyny popełnione w sposób nieumyślny, ten przypadek jest irrelevantny dla dalszych rozważań i jako taki pozostaje poza ich zakresem.

<sup>22</sup> W tożsamy sposób należy rozpatrywać sytuację odwrotną, polegającą na działaniu (zaniechaniu) sprawcy na obszarze nieobjętym stanem epidemii, którego skutek nastąpił na obszarze objętym takowym stanem.

<sup>23</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 2021, poz. 534).

łomiejsowości aktualizuje normę kolizyjną wyrażoną w art. 31 § 3 k.p.k.<sup>24</sup>, niemniej przepis ten ma znaczenie wyłącznie dla ustalenia właściwości miejscowej sądu w płaszczyźnie proceduralnej. Reguła wyprzedzenia nie likwiduje natomiast samego stanu wielomiejsowości w sensie materialnym.

Skoro zasada wyrażona w art. 6 § 2 k.k. zrównuje wszystkie miejsca popełnienia czynu zabronionego, to przyjąć raczej należy, że **istnienie stanu epidemii (zagrożenia epidemicznego) w przynajmniej jednym z tych miejsc (*in tempore criminis*) pozwala na zastosowanie klauzuli dobrego samarytanina względem sprawcy.**

### **Klauzula dobrego samarytanina – przesłanki stosowania**

Analizując badaną konstrukcję z punktu widzenia przesłanek warunkujących jej zastosowanie, można zauważyć, że art. 24 u.covid dostarcza podstaw do wyodrębnienia czterech przesłanek. Trzy z nich mają charakter pozytywny, a jedna charakter negatywny. Do pierwszej grupy należą:

- działanie w stanie epidemii lub stanie zagrożenia epidemicznego,
- popełnienie czynu zabronionego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach rozpoznawania lub zapobiegania COVID-19,
- działanie w szczególnych okolicznościach.

Pierwsza z przesłanek pozytywnych ma charakter czysto formalny. Stwierdzenie jej zaistnienia sprowadza się do ustalenia obiektywnie weryfikowalnych faktów, tj. określenia, czy czyn zabroniony został popełniony w czasie i miejscu, w którym obowiązywał stan epidemii bądź stan zagrożenia epidemicznego. W praktyce ustalenie tych okoliczności będzie sprowadzało się do analizy konkretnych rozporządzeń wydanych na podstawie art. 46 u.z.z.ch.z.

Druga z przesłanek zostanie spełniona, jeżeli sprawca dopuści się czynu zabronionego, udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19.

*In genere* świadczeniami zdrowotnymi są wszelkie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.). Przepis art. 24 u.covid zawęża ogólne rozumienie powyższego pojęcia, ograniczając je w dwojaki sposób. Po pierwsze, art. 24 u.covid dotyczy wyłącznie świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie jednej z pięciu ustaw wymienionych w treści tego przepisu<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Postanowienie SA w Krakowie z dnia 8 maja 2019 r., sygn. II AKz 224/19, Lex nr 2718741.

<sup>25</sup> Tj. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2020, poz. 514 ze zm.), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2021, poz. 479), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. 2018, poz. 2150 ze zm.), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2020, poz. 882 ze zm.) oraz z u.z.z.ch.z.

Po drugie, nie chodzi o jakiegokolwiek działania służące zdrowiu, ale wyłącznie o działania podejmowane „w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19”. Konstrukcja sformułowania, którym posłużył się ustawodawca, prowadzi do wniosku, iż mowa jest jedynie o świadczeniach udzielanych osobom zarażonym wirusem SARS-CoV-2 (leczenie) oraz osobom podejrzanym o takowe zakażenie celem jego ostatecznego potwierdzenia lub wykluczenia (rozpoznawanie)<sup>26</sup>.

Biorąc pod uwagę, że wszystkie czyny zabronione wymienione w art. 24 u.covid mają charakter materialny (skutkowy), można przyjąć, że **omawiana przesłanka zostanie spełniona, jeżeli pomiędzy zachowaniem sprawcy polegającym na udzielaniu ww. świadczeń zdrowotnych<sup>27</sup> a skutkiem stanowiącym zniamię jednego z czynów zabronionych objętych kontratypem zachodzić będzie związek przyczynowo-skutkowy<sup>28</sup>.**

Trzecia przesłanka ma charakter ocenny. Pojęcie „szczególnych okoliczności” nie zostało zdefiniowane ustawowo, chociaż prawodawca posługuje się tym sformułowaniem na gruncie niektórych przepisów<sup>29</sup>. W języku powszechnym określenie „szczególny” oznacza zaś: odznaczających się czymś osobliwym, zwracający uwagę, niezwykły, wyjątkowy, specjalny<sup>30</sup>. Przenosząc powyższe stwierdzenie na grunt dotychczasowych rozważań, należy przyjąć, iż **przesłanka działania w szczególnych okolicznościach zostanie spełniona, gdy świadczenia zdrowotne będą udzielane w atypowych (anormalnych) czy ekstraordynaryjnych warunkach.**

Nie chodzi przy tym o atypowość dyktowaną unikatowością sytuacji (np. uczestnictwo w niezwykle rzadko przeprowadzanej operacji), ale raczej o atypowość spowodowaną warunkami udzielania świadczeń zdrowotnych, które odbiegają od powszechnie przyjętych norm istniejących w tym zakresie (np. w sytuacji znacznego i nadmiernego obciążenia personelu medycznego, braku odpowiedniego sprzętu – w tym sprzętu wymaganej jakości, czy braku należycie zaopatrzonych stanowisk szpitalnych).

**Powyższe przesłanki muszą zostać spełnione w sposób kumulatywny.** Dopiero ich łączne wystąpienie umożliwia skorzystanie z diskutowanego tu kontratypu pod warunkiem niezastąpienia przesłanki negatywnej.

---

<sup>26</sup> Klauzula dobrego samarytanina nie będzie miała więc zastosowania do tożsamyh rodzajowo czynów zabronionych popełnionych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom niezarażonym wirusem SARS-CoV-2 oraz niepodejrzanym o takie zakażenie (*arg. a contrario* z art. 24 u.covid).

<sup>27</sup> Bądź zaniechaniu ich udzielenia, tj. powstrzymaniu się od działania, które w danej sytuacji powinno nastąpić.

<sup>28</sup> Takie powiązanie zjawisk, w którym jedno wynika z drugiego, a bez zaistnienia pierwszego (przyczyna) drugie by nie nastąpiło (skutek). T. Dukiet-Nagórska, *Prawo karne...*, s. 110.

<sup>29</sup> Np. art. 263 § 2 k.p.k. czy art. 6071 § 1a k.p.k.

<sup>30</sup> Za: *Słownik języka polskiego*, red. W. Doroszewski, <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/szczegolny;5503514.html> (30.03.2021).



Zgodnie z treścią art. 24 u.covid klauzula nie znajdzie zastosowania w przypadkach, w których skutek stanowiący znamię czynu zabronionego będzie efektem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. W tym miejscu należy poczynić kilka uwag odnoszących się do wskazanej przesłanki negatywnej.

Po pierwsze, przesłanki nie aktualizuje jakiegokolwiek naruszenie przez sprawcę zasad ostrożności wymaganych w danych warunkach, lecz tylko takie naruszenie, które osiąga stopień **rażący**. Popelnienie czynu zabronionego na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach jest istotą, a zarazem *conditio sine qua non* strony podmiotowej cechującej się nieumyślnością. Skoro klauzula dobrego samarytanina z założenia obejmuje jedynie czyny popelnione w sposób nieumyślny, to przyjąć należy, że w każdym przypadku rozpatrywanym w kontekście art. 24 u.covid dochodzi do niezachowania przez sprawcę jakichś zasad ostrożności, toteż tylko ich naruszenie w stopniu rażącym uniemożliwi powołanie się na kontratyp.

Po drugie, skoro relewantne znaczenie mają tylko reguły ostrożności wymagane w „danych okolicznościach”, to ocena zachowania sprawcy powinna być każdorazowo zrelatywizowana do stanu faktycznego z chwili popelnienia czynu zabronionego<sup>31</sup>. Implikacją tego na pozór oczywistego stwierdzenia jest wymóg dokonywania tej oceny wyłącznie z pozycji *ex ante*, tj. z uwzględnieniem informacji oraz możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, jakimi sprawca dysponował *in tempore criminis* (lub obiektywnie mógł dysponować)<sup>32</sup>, zgodne z przyjętą i obowiązującą wówczas praktyką medyczną i standardami postępowania, nigdy zaś z pozycji *ex post*.

Warto również zauważyć, że wzorzec staranności będący punktem odniesienia dla dokonywanej oceny powinien być określany przy uwzględnieniu, iż w każdym przypadku mowa jest o sprawcy, który pełni rolę gwaranta zdrowia i życia względem osoby, której udziela świadczeń zdrowotnych. Nie chodzi więc o wymóg zachowania przeciętnej ostrożności, jakiej można wymagać od typowego, rozsądnego i ogólnie wykształconego przedstawiciela społeczeństwa<sup>33</sup>, lecz o ostrożność właściwą dla osób posiadających specjalistyczne wykształcenie i wiedzę oraz umiejętności z zakresu nauk medycznych. Ów wzorzec powinien być zgeneralizowany, ale jednocześnie „przedmiotowo” konkretny, a zatem, co wskazano powyżej, odniesiony do warunków sytuacyjnych, w których znalazł się sprawca<sup>34</sup>.

**Jeżeli tak ustalony wzorzec zostanie naruszony w sposób rażący, to klauzula nie znajdzie zastosowania.** Jak się wydaje, dotyczy to sytuacji, w których sprawca (gwarant) uchybi **oczywistym** obowiązkom wynikającym z aktualnej

<sup>31</sup> Wyrok SA w Poznaniu z dnia 24 maja 2017 r., sygn. II AKa 59/17, Lex nr 2396217.

<sup>32</sup> G. Teresiński, R. Mądro, *Rola dokumentacji medycznej w opiniowaniu sądowo-lekarskim*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 11, s. 26.

<sup>33</sup> Wyrok SA w Łodzi z dnia 28 lutego 2001 r., sygn. II AKa 276/00, Lex nr 54977.

<sup>34</sup> K. Lipiński, *Wzorce osobowe w prawie karnym*, Warszawa 2020, s. 116 i n.

wiedzy medycznej, tj. nie podejmie podstawowych i bezsprzecznie wymaganych działań diagnostyczno-terapeutycznych służących ochronie bądź ratowaniu zdrowia i/lub życia albo podejmie je w sposób jednoznacznie błędny, doprowadzając do naruszenia ww. dóbr, chociaż jego właściwości oraz sytuacja, w której się znalazł, **obiektywnie** pozwalały na zachowanie odmienne (niewywołujące skutku stanowiącego znamię czynu zabronionego).

Ocenny, a co za tym idzie – nieostry charakter dyskutowanej tu przesłanki sprawia, że stworzenie uniwersalnego, abstrakcyjnego katalogu zasad, których niedopełnienie będzie miało każdorazowo charakter rażący, nie wydaje się zabiegiem celowym i może się okazać złudne. Mnogość czynników, które jednocześnie wpływają na stan psychosomatyczny danej osoby, determinuje konieczność przeprowadzania takiej oceny *ad casum*. Niewątpliwie z uwagi na złożoność materii organ prowadzący postępowanie będzie w takich przypadkach korzystał z pomocy biegłych z zakresu nauk medycznych.

## Wpływ kontratypu na poszczególne funkcje prawa karnego

Wprowadzenie do polskiego porządku prawnego nowego kontratypu wywołuje istotne skutki w obszarze prawa karnego materialnego. Dotyczy to zwłaszcza realizacji poszczególnych funkcji tej gałęzi prawa.

Mając na względzie, iż klauzula dobrego samarytanina wpływa na te funkcje w sposób niejednorodny, dalsze rozważania zostaną przeprowadzone odrębnie dla podstawowych funkcji prawa karnego, tj.:

- funkcji sprawiedliwościowej,
- funkcji ochronnej,
- funkcji prewencyjno-wychowawczej,
- funkcji kompensacyjnej.

Istota funkcji sprawiedliwościowej prawa karnego opiera się na ugruntowanym w społeczeństwie przekonaniu o istnieniu etycznie uzasadnionej potrzeby wyrównywania krzywd wyrządzonych przestępstwem poprzez właściwą reakcję prawnokarną polegającą na wymierzeniu oskarżonemu kary za popełnione przestępstwo<sup>35</sup>. W każdym przypadku, w którym sprawca uniknie takowej kary, owa potrzeba nie zostanie zaspokojona.

Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w przypadku czynów zabronionych o szczególnym ciężarze gatunkowym albo tych, które naruszają dobra praw-

---

<sup>35</sup> M. Królikowski, R. Zawłocki, *Prawo karne*, Warszawa 2018, s. 2. Podobnie: T. Dukiet-Nagórska, *Prawo karne...*, s. 28 oraz M. Mozgawa (*Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2021/Lex), który słusznie zauważa, że kara ma odpowiadać społecznemu poczuciu sprawiedliwości, a nadto dawać gwarancję skutecznego zwalczania przestępczości i budować zaufanie do obowiązującego systemu prawa.

ne uznane za najważniejsze w danym porządku prawnym. Do tych ostatnich należy zaś zdrowie i życie człowieka.

W świetle powyższych nie może ująć uwagi, iż zakres przedmiotowy omawianego kontratytu determinuje specyficzny układ podmiotowy w relacji sprawca–poszkodowany. Każdorazowo sprawcą czynu będzie tu bowiem osoba pełniąca rolę gwaranta zdrowia i życia (np. lekarz), a poszkodowanym będzie pacjent<sup>36</sup>, który darzy owego gwaranta szczególnym stosunkiem zaufania, skoro powierza mu w opiekę własne zdrowie i życie. Nie może więc dziwić, iż w przypadku naruszenia wspomnianych dóbr stanowiących *summum bonum* zachodnioeuropejskiego systemu aksjonormatywnego poszkodowany oczekiwał będzie każdorazowo sprawiedliwej reakcji prawnokarnej ze strony organów państwa.

Wprowadzony kontratyt może więc istotnie utrudniać realizację dyskutowanej tu funkcji prawa karnego, zwłaszcza że część czynów zabronionych objętych zakresem kontratytu jest ścigana w trybie wnioskowym (art. 157 § 3, art. 160 § 3 k.k.) bądź z oskarżenia prywatnego (157 § 3 k.k. – w przypadku rozstroju zdrowia trwającego krócej niż 7 dni). Wszczęcie postępowania karnego w ww. przypadkach wymaga więc znacznie większej aktywności ze strony pokrzywdzonego (odpowiednio złożenia wniosku, o którym mowa w art. 12 § 1 k.p.k., bądź wniesienia prywatnego aktu oskarżenia), niż ma to miejsce w przypadku przestępstw ściganych apriorycznie *ex officio*. Niepociągnięcie sprawcy do odpowiedzialności może w tych przypadkach szczególnie negatywnie oddziaływać na poczucie sprawiedliwości jednostki.

Nadto konfrontacja ze sprawcą zakończona ostatecznym umorzeniem postępowania karnego może sprzyjać *sui generis* wtórnej wiktyimizacji ofiary<sup>37</sup>, szczególnie gdy sprawca przyzna, że dopuścił się zarzucanego mu czynu zabronionego, a mimo to na skutek działania art. 24 u.covid nie poniesie odpowiedzialności karnej.

Sposobem na zniwelowanie opisanych tu zjawisk jest zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie innych rodzajów odpowiedzialności prawnej (np. cywilnej i zawodowej), które nie zostają wyłączone kontratypem (zob. niżej), a których wyegzekwowanie może zaspokajać poczucie sprawiedliwości.

---

<sup>36</sup> Na gruncie niniejszego artykułu za pacjenta uważa się każdą osobę będącą rzeczywistym, potencjalnym bądź niedoszłym podmiotem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby wykonujące zawód medyczny, niezależnie od wieku, stanu zdrowia czy zdolności do czynności prawnych tej osoby oraz niezależnie od okoliczności udzielenia tych świadczeń. M. Burdzik, *Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej*, Warszawa 2021, s. 88.

<sup>37</sup> Przez wtórną wiktyimizację na gruncie niniejszego artykułu należy rozumieć zjawisko doznania kolejnych krzywd przez osobę poszkodowaną przestępstwem na skutek działania innych osób (w tym organów procesowych), podczas czynności procesowych odnoszących się do zdarzenia będącego przedmiotem procesu. Zob. K. Osiak-Krynica, P. Wróbel, *Znaczenie i wpływ odpowiedniej edukacji sędziów i prokuratorów na ochronę w procesie karnym prawa małoletniego do ochrony przed wtórną wiktyimizacją oraz prawa do przygotowania się do udziału w przesłuchaniu*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, s. 380.

Takie podejście wpisuje się w założenie, iż reakcja prawno-karna z uwagi na jej charakter powinna być zawsze swoistym *ultima ratio*.

Niezależnie od powyższych konieczne jest również informowanie społeczeństwa o *ratio legis* klauzuli dobrego samarytanina, która z istoty swojej jest rozwiązaniem o charakterze ekstraordynaryjnym. **Kontratyp ma na celu niwelację negatywnych następstw pandemii w odniesieniu do pracowników sytemu ochrony zdrowia, którzy podejmują walkę z wirusem SARS-CoV-2 w warunkach dalece nietypowych<sup>38</sup>, mimo licznych deficytów systemowych, znacznego przeciążenia tego sytemu, niedoborów kadrowych i sprzętowych oraz błędów organizacyjnych, za które osoby te nie powinny ponosić żadnej odpowiedzialności.**

Wpływ omawianego kontratypu na realizację funkcji ochronnej prawa karnego jest z kolei nieznaczący. Wynika to z faktu, iż osoby wykonujące zawody medyczne, objęte zakresem podmiotowym art. 24 u.covid, są z założenia zobowiązane do ochrony zdrowia i życia istoty ludzkiej, a obowiązki te wynikają z szeregu różnych aktów zarówno o charakterze normatywnym, jak i deontologicznym. **Depenalizacja określonych zachowań w tej grupie podmiotów nie niweczy poziomu ogólnej ochrony przyznanej zdrowiu i życiu człowieka na gruncie przepisów prawno-karnych.** Tym bardziej że klauzula dobrego samarytanina jest rozwiązaniem ograniczonym temporalnie, a jej zastosowanie uzależniono od spełnienia szeregu przesłanek, w tym – najistotniejszej – tj. konieczności wykluczenia rażącego naruszenia ostrożności wymaganej od gwaranta w sytuacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

Odnosząc się do funkcji prewencyjno-wychowawczej, należy rozpatrzyć zagadnienie odrębnie dla prewencji ogólnej i szczególnej. Pierwsza z nich może przyjmować postać dwojaką i kłaść nacisk na kształtowanie świadomości prawnej społeczeństwa (prewencja ogólna pozytywna) albo wywoływanie efektu „odstrasżającego” (prewencja ogólna negatywna). Oba te oddziaływania przenikają się wzajemnie.

Wśród warunków ich skuteczności wskazuje się na nieuchronność ponoszenia odpowiedzialności karnej przez sprawcę<sup>39</sup> oraz powszechne oddziaływanie skazania również na osoby postronne, niezainteresowane bezpośrednio rozstrzygnięciem<sup>40</sup>. Celem prewencji ogólnej jest więc utwierdzenie społeczeństwa w przekonaniu, że sprawcy przestępstw zawsze ponoszą odpowiedzialność za swoje czyny<sup>41</sup>. Realiza-

---

<sup>38</sup> Uzasadnienie poselskiego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z występowaniem COVID-19 (druk sejmowy nr 683), s. 43, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7BF6B02A4F4D40DDC125860600509725/%24File/683-ustawa.docx> (30.03.2021).

<sup>39</sup> *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, red. J. Giezek, Warszawa 2021/Lex.

<sup>40</sup> W judykaturze podkreśla się, że orzeczona kara powinna mieć wpływ na każdego, kto w jakikolwiek sposób dowiedział się o przestępstwie i zapadłym orzeczeniu. Zob. wyrok SA w Szczecinie z dnia 30 marca 2021 r., sygn. II AKa 23/17, Lex nr 2287449.

<sup>41</sup> *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzošek, Warszawa 2020/Lex.

cja tej funkcji może napotykać więc pewne trudności w związku z wprowadzeniem do polskiego porządku prawnego klauzuli dobrego samarytanina, która *ex lege* wyłącza taką odpowiedzialność w odniesieniu do określonej grupy podmiotów objętych kontratypem. Szczególnie że sprawy dotyczące szeroko pojętych błędów medycznych mają często charakter medialny, co znacząco zwiększa zakres zainteresowania społecznego ich przebiegiem i ostatecznym rezultatem.

Warto jednak zauważyć, że rozwiązanie z art. 24 u.covid nie jest jedynym kontratypem znanym w polskim prawie karnym, a pozostałe regulacje o tożsamym charakterze nie wywierają negatywnego wpływu na prewencję ogólną. Jak się wydaje, jest to uzależnione od ugruntowanego w świadomości prawnej społeczeństwa przekonania o słuszności wyłączenia odpowiedzialności karnej w niektórych stanach faktyczno-prawnych (np. w przypadku stosowania obrony koniecznej). To zaś uprawnia do stwierdzenia, że potencjalnie negatywny wpływ, jaki klauzula dobrego samarytanina będzie miała w zakresie prewencji ogólnej prawa karnego, może zostać następczo zminimalizowany poprzez wspomniane już dążenie do wzrostu świadomości prawnej społeczeństwa co do charakteru oraz *ratio legis* omawianego kontratypu.

Istota prewencji szczególnej ogniskuje się zaś na celach zapobiegawczych i wychowawczych, które orzeczona kara ma osiągnąć w stosunku do samego skazanego<sup>42</sup>. Skoro w przypadku zastosowania kontratypu kara ta w ogóle nie jest orzekana, to teoretycznie brak jest wpływu o charakterze prewencji indywidualnej. Nie sposób jednak pominąć faktu, iż polska ustawa karna zawiera rozwiązania przewidujące możliwość warunkowego zwieszenia wykonania kary (art. 69 § 1 k.k.), a nawet warunkowego umorzenie postępowania (art. 66 § 1 k.k.), jeżeli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że sprawca (mimo braku zastosowania sankcji karnej) będzie przestrzegał porządku prawnego.

Biorąc pod uwagę charakter podmiotów, które objęte są działaniem dyskusowanego tu kontratypu, można z dużą dozą prawdopodobieństwa przyjąć, że również w tych przypadkach sprawcy – mimo niepociągnięcia ich do odpowiedzialności karnej – będą w przyszłości przestrzegali porządku prawnego i nie popełnią przestępstwa<sup>43</sup>. W takim wypadku efekt prewencji szczególnej zostanie osiągnięty mimo niezastosowania żadnej sankcji karnej.

Wobec niemożności wszczęcia bądź dalszego prowadzenia postępowania karnego w przypadku zastosowania art. 24 u.covid realizacja funkcji kompensacyjnej prawa karnego może podlegać rzeczywistej limitacji. Powstanie przeszkody procesowej, o której mowa w art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k., wyklucza bowiem możliwość zastosowania w postępowaniu instytucji prawno-karnych o charakterze kompensacyjnym, np. orzeczenia obowiązku naprawienia szkody, o którym mowa w art. 46 § 1 k.k.

<sup>42</sup> Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz, red. J. Giezek, Warszawa 2021/Lex.

<sup>43</sup> Tym bardziej że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych podlegają także innym reżimom odpowiedzialności za niedopełnienie ciężących nań obowiązków wynikających z ogólnego imperatywu nakazującego troskę o zdrowie i życie jednostki.

Jakkolwiek taka sytuacja uniemożliwia uzyskanie rekompensaty<sup>44</sup> w toku procesu karnego, to nie wyłącza możliwości egzekwowania takowych roszczeń w postępowaniu cywilnym<sup>45</sup>.

## **Implikacje karnoprosesowe kontratypu**

Z punktu widzenia ustawy karnoprosesowej aktualizacja kontratypu spowoduje powstanie przeszkody procesowej, o której mowa w art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. Treść art. 24 u.covid jednoznacznie przesądza bowiem, że sprawca, do którego zastosowanie ma kontratyp, „nie popełnia przestępstwa”. Taki stan skutkować będzie zakazem wszczęcia postępowania karnego lub koniecznością jego umorzenia, jeżeli takowe zostało już wszczęte.

Istota kontratypu sprowadza się bowiem do wyłączenia prawnej odpowiedzialności jednostki, mimo że jej działania naruszyły zakaz bądź nakaz wynikający z danej norm sankcjonowanej<sup>46</sup>, wypełniając znamiona czynu zabronionego. Wobec wyłączenia odpowiedzialności ewentualny proces karny miałaby charakter bezprzedmiotowy.

Ustalenie, że w danej sprawie zachodzi konieczność zastosowania art. 24 u.covid, powinno skutkować odpowiednio: odmową wszczęcia postępowania (jeżeli okoliczność została ujawniona jeszcze przed jego wszczęciem), umorzeniem postępowania karnego w drodze postanowienia (w przypadku ujawnienia jej na etapie postępowania przygotowawczego lub po wniesieniu aktu oskarżenia do sądu, ale przed rozpoczęciem przewodu sądowego) bądź wydaniem wyroku uniewinniającego (jeżeli okoliczności te zostały ujawnione dopiero po rozpoczęciu przewodu – art. 414 § 1 zd. 2 k.p.k.).

W każdej z wyżej wymienionych sytuacji konieczność zastosowania art. 24 u.covid winna być uprzednio ustalona przez organ procesowy zgodnie z ogólnymi regułami postępowania dowodowego. Dotyczy to weryfikacji wszystkich omówionych powyżej przesłanek klauzuli dobrego samarytanina. Organ nie jest przy tym związany treścią wyjaśnień i wniosków oskarżonego składanych w tym zakresie.

Z uwagi na specyfikę kontratypu ustalenie powyższych okoliczności może się wiązać z koniecznością ujawnienia wobec organu informacji objętych tajem-

---

<sup>44</sup> Słusznie przyjmuje się w orzecznictwie, że rozwiązanie z art. 46 § 1 ma swego rodzaju rekompensaty za doznaną krzywdę. Zob. wyrok SA w Warszawie z dnia 4 marca 2020 r., sygn. II AKA 354/19, Lex nr 3069854.

<sup>45</sup> Skoro nie ma przeszkód ku temu, by mimo orzeczenia środka kompensacyjnego z art. 46 § 1 k.k. dochodzić pozostałej kwoty roszczenia w postępowaniu cywilnym (zob. wyrok SA w Warszawie z dnia 23 stycznia 2020 r., sygn. II AKA 349/18, Lex nr 3069826), to *argumentum a minori ad maius* jest stwierdzenie, iż działanie takie jest możliwe również w przypadku, gdy środek ten nie zostanie w ogóle orzeczony.

<sup>46</sup> M. Bielski, *Koncepcja kontratypów jako okoliczności wyłączających karalność*, „Czasopiśmo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, nr 2, s. 26.

nicą lekarską bądź inną tajemnicą zawodów medycznych<sup>47</sup>. Zasadniczo obowiązek zachowania tych tajemnic zawodowych ustępuje każdorazowo wobec prawa do obrony oskarżonego<sup>48</sup>. W zakresie tego ostatniego mieszczą się niewątpliwie działania prowadzące do aktualizacji kontratypu. Należy więc przyjąć, że **uprzednie zwolnienie depozytariusza tajemnicy medycznej z obowiązku jej zachowania przez organ procesowy nie będzie w tym przypadku konieczne**. Dotyczy to zarówno oskarżonego *sensu stricto*, jak i podejrzanego.

Wniosek ten należy odnieść w sposób analogiczny do osoby podejranej. Choć ta ostatnia nie jest stroną procesową, to także powinna posiadać możliwość posługiwania się informacjami objętymi tajemnicą zawodową, by przy ich pomocy kontestować zasadność kierowania przeciwko niej przyszłego postępowania karnego<sup>49</sup>.

### Wpływ kontratypu na inne postępowania

Należy podkreślić, że art. 24 u.covid wyłącza jedynie odpowiedzialność karną, jaka groziłaby sprawcy z tytułu popełnienia czynu zabronionego. Jak wskazano powyżej, aktualizacja kontratypu powoduje niemożność skazania danej osoby w procesie karnym, nie wyklucza jednak pociągnięcia jej do odpowiedzialności cywilnej czy zawodowej.

Tytułem przykładu wskazać należy, że zgodnie z art. 53 u.o.i.l.<sup>50</sup> członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Jednocześnie postępowanie w przedmiocie tej odpowiedzialności toczy się **niezależnie** od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu, co zostało wskazane wprost w art. 54 ust. 1 u.o.i.l. Tożsame zasady odnoszą się do odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych<sup>51</sup>.

Wszystkie kategorie osób wykonujących zawody medyczne, które objęte są działaniem dyskutowanego kontratypu, mogą przy tym ponosić odpowiedzialność cywilną na zasadach ogólnych przewidzianych w k.c.<sup>52</sup> Dotyczy to zarówno odpowiedzialności *ex delicto* (art. 444–446<sup>1</sup> i n. k.c.), jak i *ex contractu* (art. 471 i n. k.c.). Okoliczność braku skazania sprawcy w sensie karnym ma w tym przypadku znacznie irrelevantne dla dochodzonych roszczeń.

---

<sup>47</sup> Tajemnica medyczna jest pojęciem o charakterze zbiorczym i obejmuje swoim zakresem również konfidencję osób wykonujących profesje medyczne inne niż lekarska, tj. m.in. pielęgniarzy i położne, ratowników medycznych czy felczerów. Szerzej na ten temat zob. M. Burdzik, *Lekarz w procesie...*, s. 66 i n.

<sup>48</sup> *Ibidem*, s. 212.

<sup>49</sup> *Ibidem*, s. 216.

<sup>50</sup> Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. 2019, poz. 965 ze zm.).

<sup>51</sup> Odpowiednio art. 36 ust. 1 oraz art. 37 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarzy i położnych (Dz.U. 2018, poz. 916 ze zm.).

<sup>52</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. 2020, poz. 1740 ze zm.).

## Podsumowanie

1. Artykuł 24 u.covid wprowadza nowy kontratyp pozakodeksowy zwany klauzulą dobrego samarytanina, który wyłącza odpowiedzialność karną za nieumyślny i nierażący błąd medyczny popełniony przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia lub rozpoznawania COVID-19.
2. Kontratyp nie ma zastosowania do świadczeń zdrowotnych udzielanych w innym zakresie.
3. Aktualizacja kontratypu powoduje powstanie przeszkody procesowej, o której mowa w art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k., implikując konieczność umorzenia prowadzonego postępowania karnego bądź odpowiednio zakaz jego wszczęcia.
4. Kontratyp może uniemożliwiać pełną realizację funkcji sprawiedliwościowej i kompensacyjnej prawa karnego.
5. Kontratyp może negatywnie wpływać na prewencję ogólną prawa karnego.
6. W celu niwelacji ww. zjawisk należy sukcesywnie poszerzać świadomość prawną społeczeństwa w zakresie dotyczącym charakteru oraz racji leżących u podstawy wprowadzenia do polskiego porządku prawnego tzw. klauzuli dobrego samarytanina.
7. Realizacja funkcji ochronnej prawa karnego oraz funkcji prewencyjno-wychowawczej w jej aspekcie indywidualnym (szczególnym) nie zostaje ograniczona przez wprowadzenie kontratypu.
8. Zakres stosowalności kontratypu jest ograniczony temporalnie oraz wymaga spełnienia szeregu przesłanek, co minimalizuje ryzyko jego nadużyć.
9. Kontratyp nie wpływa na zniesienie innych rodzajów odpowiedzialności (tj. odpowiedzialności cywilnej, zawodowej czy dyscyplinarnej).
10. Kontratyp ma na celu niwelację negatywnych następstw pandemii w odniesieniu do pracowników systemu ochrony zdrowia, którzy podejmują walkę z wirusem SARS-CoV-2 w warunkach ekstraordynaryjnych, wobec licznych deficytów i znacznego przeciążenia systemu opieki zdrowotnej, niedoborów kadrowych i sprzętowych oraz błędów organizacyjnych, za które osoby te nie ponoszą żadnej odpowiedzialności.

## Bibliografia

- Bielski M., *Koncepcja kontratypów jako okoliczności wyłączających karalność*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2010, nr 2.
- Błachnio A., *Miejsce popełnienia czynu zabronionego przez podlegacza i pomocnika – zarys problematyki*, „Palestra” 2006, nr 7–8.
- Burdzik M., *Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej*, Warszawa 2021.
- Dukiet-Nagórska T., *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, Warszawa 2016.
- Hofmański P., Sadzik E., Zgryzek K., *Kodeks postępowania karnego. Komentarz do artykułów 1–296*, t. I, Warszawa 2011.



- Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, red. J. Giezek, Warszawa 2021.
- Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2021.
- Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzesek, Warszawa 2020.
- Królikowski M., Zawłocki R., *Prawo karne*, Warszawa 2018.
- Lipiński K., *Wzorce osobowe w prawie karnym*, Warszawa 2020.
- Osiak-Krynicka K., Wróbel P., *Znaczenie i wpływ odpowiedniej edukacji sędziów i prokuratorów na ochronę w procesie karnym prawa małoletniego do ochrony przed wtórną wiktymizacją oraz prawa do przygotowania się do udziału w przesłuchaniu*, „*Studia Prawnoustrojowe*” 2020, nr 50.
- Pohl Ł., *Artykuł 2 Kodeksu karnego w roli wyznacznika podmiotu przestępstwa skutkowego popełnionego przez zaniechanie*, „*Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*” 2008, nr 3.
- Teresiński G., Mądro R., *Rola dokumentacji medycznej w opiniowaniu sądowo-legarskim*, „*Prokuratura i Prawo*” 2002, nr 11.

## Streszczenie

Klauzula dobrego samarytanina jest nowym kontratypem, który wyłącza odpowiedzialność karną za nierażący i nieumyślny błąd medyczny. Przyjęte rozwiązanie jest z jednej strony istotnym precedensem w podejściu do problematyki błędów medycznych i stanowi wyraźny zwrot w stronę systemu *no fault*. Z drugiej zaś strony może negatywnie wpływać na realizację niektórych funkcji prawa karnego. Celem artykułu jest kompleksowa analiza wprowadzonego kontratypu, próba oceny jego zasadności oraz wpływu na system opieki zdrowotnej i fundamentalne założenia polityki kryminalnej państwa w kontekście funkcji prawa karnego.

*Słowa kluczowe:* klauzula dobrego samarytanina, kontratyp, COVID-19, odpowiedzialność za błąd medyczny

## GOOD SAMARITAN CLAUSE, A NEW JUSTIFICATION IN RELATION TO THE COUNTER-COVID-19

### Summary

‘The Good Samaritan Clause’ is a new justification, which exclude criminal liability for non-blamable and unintentional medical error. The solution adopted is, on the one hand, an important precedent in the approach to the issue of medical errors and represents turn towards the ‘no fault’ system. On the other hand, it may adversely affect the implementation of certain functions of criminal law.

The aim of the article is a comprehensive analysis of the justification introduced, an attempt to assess its legitimacy and impact on the health care system and the fundamental assumptions of the state's criminal policy in the context of criminal law functions.

*Keywords:* Good Samaritan Clause, justification, COVID-19, medical error liability