

JULIA KOSONOĞA-ZYGMUNT

ŹRÓDŁA PRAWNOKARNEGO OBOWIĄZKU
PRZESZKODZENIA SAMOBÓJSTWU

Część II

Poza omówionymi źródłami obowiązku przeszkodzenia samobójstwu zawartymi w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym¹, tytułowe zagadnienie wymaga odniesienia się także do innych regulacji prawnych, w tym zwłaszcza do przepisów reglamentujących zasady wykonywania poszczególnych zawodów. Nie bez znaczenia pozostaje również kwestia umowy, jako źródła obowiązku przeszkodzenia samobójstwu oraz problematyka uprzedniego działania sprawcy.

I. Lekarski obowiązek przeszkodzenia samobójstwu

W kontekście problematyki lekarza jako gwaranta zapobieżenia skutkowi niezwykle istotne jest ustalenie, kiedy prawny, szczególny obowiązek zapobieżenia skutkowi spoczywa na lekarzu, a kiedy obciąża go jedynie powszechny obowiązek pomocy. Kwestia ta jest niejednolicie prezentowana w doktrynie. W odniesieniu do tej kategorii podmiotów sporne jest, czy status gwaranta wynika z samego faktu wykonywania zawodu lekarza, czy też związany jest z istnieniem szczególnych okoliczności aktualizujących obowiązek przeciwdziałania skutkowi. W szczególności wątpliwość wywołuje to, czy źródłem szczególnego, prawnego obowiązku jest sam art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry² (dalej u. zaw. lek.). W obowiązującym stanie prawnym

¹ J. Kosonoga-Zygmunt, *Źródła prawnokarnego obowiązku przeszkodzenia samobójstwu. Część I*, „Ius Novum” 2014, nr 4, s. 34–57.

² Tj. z 2011 r., Dz.U. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm. Zgodnie z brzmieniem art. 30, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

pogląd taki przyjmują m.in. L. Kubicki³, T. Dukiet-Nagórska⁴, M. Boratyńska i P. Konieczniak⁵, M. Kliś⁶.

Zdaniem L. Kubickiego, w pojęciu zawodowej pomocy lekarskiej tkwi *implicite* nakaz odwrócenia groźących skutków. Obowiązek lekarza określony w art. 30 u. zaw. lek. spełnia kryteria obowiązku gwaranta, tj. kryterium szczególności i kryterium obowiązku prawnego. Obowiązek ten jest skonkretyzowany, gdyż dotyczy przypadku, w którym zwłoka w udzieleniu pomocy może spowodować niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W konsekwencji lekarz, który nie dopełnia obowiązku udzielenia pomocy w sytuacji w przepisie tym wskazanej, powinien ponosić odpowiedzialność karną za skutek spowodowany zwłoką w udzieleniu pomocy medycznej. Jednakże w przypadku braku podstaw dla przyjęcia odpowiedzialności karnej za skutki związane z nieudzieleniem pomocy, stosując wykładnię *a maiore ad minus*, lekarz powinien odpowiadać na podstawie art. 162 k.k. w granicach wyznaczonych przez tę normę⁷. Z kolei M. Boratyńska i P. Konieczniak dodają, że art. 30 u. zaw. lek. nie stanowi w żadnym przypadku *lex imperfecta*, co uzasadniałoby odrzucenie go jako podstawy obowiązku gwaranta⁸. Także M. Kliś uznaje powołany przepis za podstawę obowiązku gwaranta, stwierdzając, że bezsprzecznie lekarz ma szczególny prawny obowiązek udzielenia pomocy i jeśli tego nie uczyni, odpowie za skutek⁹. Dalsze wywody Autora nie korespondują jednak z postawioną przez niego tezą. Rozważa bowiem, czy każdy lekarz jest stale związany tym obowiązkiem, w każdej sytuacji. Nie jest również jasne, z jakiego powodu poszukuje On źródeł obowiązku gwaranta na gruncie art. 68 Kodeksu Etyki Lekarskiej, skoro za taką podstawę uznaje art. 30 u. zaw. lek.

Wydaje się, że pogląd ten podzielił także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 września 2010 r., stwierdzając, że określony w przywołanym przepisie obowiązek, adresowany tu wyłącznie do lekarzy, wypełnia wszystkie kryteria, jakie w art. 2 k.k. przewiduje się dla prawnego, szczególnego obowiązku, od którego istnienia uzależniono odpowiedzialność karną za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie¹⁰.

³ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, PiM 2003, nr 13, s. 16; idem, *HIV/AIDS – odmowa leczenia i nieudzielenie pomocy medycznej*, Poznań 2001, s. 52.

⁴ T. Dukiet-Nagórska, *Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej lub udzielenia świadczenia zdrowotnego w sposób niewłaściwy na skutek niedostatku środków finansowych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej*, PiM 2000, nr 6–7, s. 14.

⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 461–462.

⁶ M. Kliś, *Źródła obowiązku gwaranta w polskim prawie karnym*, CzPKiNP 1999, nr 2, s. 185–186.

⁷ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia...*, *op. cit.*, s. 13–17. Autor obciąża każdego lekarza statusem gwaranta na podstawie art. 30 u. zaw. lek., co powoduje, że żaden nie może powołać się na klauzulę zawartą w art. 162 § 1 k.k. Stanowisko to nie jest jednak koherentne ze stwierdzeniem Autora, iż w braku podstaw dla przyjęcia odpowiedzialności za skutek, lekarz odpowiada na podstawie art. 162 k.k., w granicach wyznaczonych przez tę normę prawną.

⁸ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, *op. cit.*, s. 194–195.

⁹ M. Kliś, *Źródła obowiązku gwaranta...*, *op. cit.*, s. 185.

¹⁰ Wyr. SN z dnia 27 września 2010 r., V KK 34/10, OSNKW 2010, nr 12, s. 105. Por. także: J. Kulesza, Głosa do wyroku SN z dnia 27 września 2010 r., V KK 34/10, PiP 2011, nr 7–8, s. 160 i n.; A. Szczytny-Jarzyna, Głosa do wyroku SN z dnia 27 września 2010 r., V KK 34/10, LEX/el. 2011.

Z uwagi na odmienne założenia, J. Majewski wskazuje, że rozstrzygające znaczenie powinno mieć ustalenie, czy i w jakim zakresie w świetle ocen społecznych lekarz jest szczególnie odpowiedzialny za zdrowie i życie drugiego człowieka tylko z tego powodu, że jest lekarzem¹¹.

Z kolei według M. Filara, za źródło obowiązku gwaranta nie sposób uznać jedynie art. 30 u. zaw. lek. Przepis ten stwarza jedynie ogólny obowiązek udzielenia pomocy w określonych w nim sytuacjach przez osobę posiadającą uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, nie zaś szczególny obowiązek gwarantowania określonej osobie nienastąpienia niekorzystnego dla niej skutku zdrowotnego. Szczególny obowiązek prawny, nadający lekarzowi status gwaranta nienastąpienia skutku, musi wynikać z dodatkowych „silniejszych” niż powołany przepis podstaw prawnych. Może to być np. umowa o pracę zawierana przez lekarza z określonym zakładem opieki zdrowotnej, która określać musi nie tylko podmioty objęte opieką lekarza, ale też zakres obowiązku¹². Podobnie wypowiada się E. Zielińska, dodając, że jeśli za podstawę obowiązku gwaranta uznać dobrowolne przyjęcie na siebie tej funkcji, to nie wydaje się, aby następowało ono przez samo złożenie przyrzeczenia lekarskiego, nabycie prawa wykonywania zawodu lub też mieściło się *implicite* w pojęciu pomocy lekarskiej. Ponadto, ze względów praktycznych nie do przyjęcia jest teza, że w każdym wypadku, gdy lekarz znajdzie się w tym samym miejscu i czasie, co potrzebujący pomocy medycznej, staje się gwarantem zapobieżenia skutkowi. Stawiałoby to lekarza w szczególnej sytuacji w stosunku do innych zawodów, które również z natury rzeczy wiążą się ze szczególną ochroną określonych dóbr¹³. Także A. Wąsek wskazuje, że pogląd obciążający każdego lekarza obowiązkiem gwaranta ochrony życia i zdrowia każdego obywatela, niezależnie od funkcji lekarza, stosunku prawnego łączącego go z pacjentem, pory dnia itp. jest zbyt daleko idący. W przeciwnym razie nie byłoby zasadniczej różnicy pomiędzy sytuacją nieudzielenia pomocy przez lekarza skonfrontowanego z nieszczęśliwym wypadkiem na ulicy, a lekarza szczególnie prawnie zobowiązanego do pieczy nad życiem i zdrowiem określonych osób w szpitalu, pogotowiu ratunkowym, szkole, czy zakładzie pracy¹⁴. Także J. Kulesza przyłącza się do przeważającego w doktrynie poglądu, upatrującego w art. 30 u. zaw. lek. jedynie ogólnego zobowiązania do niesienia pomocy, tym bardziej, że jest on dużo szerszy od ogólnoludzkiego obowiązku ujętego w ramy art. 162 k.k. W rezultacie lekarz i tak jest w większym stopniu zobowiązany do pomocy niż laik¹⁵.

Zaprezentowane stanowisko dominuje również w orzecznictwie sądowym. Podstaw surowszej odpowiedzialności lekarza upatruje się w sytuacji, gdy do obo-

¹¹ Por. J. Majewski, *Głos w dyskusji*, [w:] J. Majewski (red.), *Podstawy odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe*, KPP 2004, nr 4, s. 165.

¹² M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 68–70.

¹³ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 354–356.

¹⁴ A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa 1982, s. 136–137.

¹⁵ J. Kulesza, *Źródła obowiązku gwaranta a odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie pomocy*, PiM 2008, nr 1, s. 14–25.

wiązku udzielania pomocy wynikającego z prawa wykonywania zawodu lekarza dołącza się szczególny obowiązek ratowania związany z podjęciem pracy w odpowiedniej jednostce, z którą wiąże się obowiązek świadczenia usług lekarskich lub z zawarciem umowy o świadczenie takiej pomocy z pacjentem, czy jego rodziną¹⁶.

Jakkolwiek nie można nie dostrzegać znaczenia dyspozycji art. 30 u. zaw. lek., to jednak w świetle zaprezentowanych powyżej poglądów podzielić należy stanowisko dominujące w doktrynie oraz w judykaturze, i przyjąć, że obciążanie każdego lekarza statusem gwaranta życia i zdrowia niezliczonej liczby osób jest trudne do zaakceptowania. Odmienne zapatrywanie stanowiłoby bowiem przejaw nieuprawnionych oczekiwań społecznych wobec tej grupy zawodowej¹⁷.

Podkreślenia wymaga również, iż źródła prawnego obowiązku gwaranta nienastąpienia skutku nie należy mylić ze źródłami prawnego obowiązku udzielenia pomocy. Artykuł 30 u. zaw. lek. statuuje prawny obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza, a jego przekroczenie może prowadzić jedynie do odpowiedzialności karnej za przestępstwo formalne (art. 162 k.k.), nie stanowi natomiast źródła prawnego i szczególnego obowiązku zapobieżenia skutkowi, o którym mowa w art. 2 k.k. Artykuł 30 u. zaw. lek. nie kreuje każdorazowo w konkretnej sytuacji faktycznej relacji lekarz – pacjent; wymaga natomiast dalszego uszczegółowienia¹⁸. Jak trafnie zauważa T. Sroka, w przypadku osób udzielających świadczeń zdrowotnych zasadnicze znaczenie wśród źródeł prawnego obowiązku gwaranta nienastąpienia skutku mają normy indywidualne i konkretne¹⁹.

Konieczne zdaje się zatem zróżnicowanie odpowiedzialności lekarza w zależności od tego, czy w konkretnym stanie faktycznym obowiązek udzielenia pomocy wynikał tylko z art. 30 u. zaw. lek., czy może miał dodatkową podstawę, nadającą mu właśnie status gwaranta. Odróżnić należy sytuację, w której obowiązek pomocy wynika z umowy, stosunku pracy lub stosunku służbowego (np. lekarz ma dyżur w izbie przyjęć, jeździ w pogotowiu ratunkowym, zostaje wezwany do domu pacjenta) od wypadku, w którym lekarz jest np. przypadkowym świadkiem zdarzenia stwarzającego zagrożenie dla życia lub zdrowia innej osoby²⁰. A zatem, lekarski obowiązek

¹⁶ Zob. wyr. SN z dnia 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, LEX nr 50985; wyr. SN z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, OSNKW 1994, nr 11–12, poz. 70.

¹⁷ E. Zatyka, *Klauzula sumienia jako okoliczność modyfikująca zakres lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy (uwagi na tle art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty)*, Biuletyn Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego im. profesora Stanisława Batawii 2004, nr 13, s. 10.

¹⁸ Tak również T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013, s. 156–163.

¹⁹ *Ibidem*, s. 157.

²⁰ Modelowym przykładem stanu uzasadniającego odpowiedzialność lekarza za nieudzielenie pomocy z art. 162 k.k. jest przytoczona przez A. Liszewską sprawa lekarki zatrudnionej w przychodni, do której zwrócił się o pomoc pracownik zakładu przemysłowego znajdującego się w pobliżu (po drugiej stronie ulicy), jako że pracujący w nim jego kolega zasłabł nagle tracąc przytomność. Lekarka odmówiła pomocy, mimo że w przychodni pracowało w tym czasie kilku innych lekarzy, argumentując, iż nie ma zamiaru opuszczać swego miejsca pracy, zaś do zemdlonego należy wezwać pogotowie. Krótco po przyjeździe karetki (co się znacznie odwlekało) chory zmarł. Należy jednak wskazać, iż w tym przypadku do oskarżenia lekarki przed sądem karnym nie doszło. Sprawa zakończyła się jedynie orzeczeniem skazującym

udzielenia pomocy pacjentowi może mieć charakter szczególny albo ogólny. Obowiązek szczególny aktualizuje się wówczas, gdy lekarz jest gwarantem bezpieczeństwa pacjenta; jego niewykonanie powoduje odpowiedzialność za powstały skutek, czyli za śmierć pacjenta, uszczerbek na zdrowiu albo bezpośrednie narażenie na niebezpieczeństwo²¹. Drugi z nich jest obowiązkiem ogólnoludzkim, a jedynie szczególne przygotowanie lekarza do udzielenia pomocy potrzebującemu wyróżnia go spośród innych zobowiązanych do udzielenia pomocy osób. Zaniechanie wykonania tego obowiązku pociąga za sobą odpowiedzialność lekarza, na równi z innymi zobowiązanymi, tylko za niewykonanie obowiązku bez względu na dalszy los zagrożonego²².

Powyższe nie oznacza oczywiście, że w obecnym stanie prawnym art. 30 u. zaw. lek. pozbawiony jest jakiegokolwiek znaczenia. Wyrażony jest pogląd, że przepis ten, stanowiąc *lex specialis* do art. 162 k.k., modyfikuje go, ograniczając w stosunku do lekarza możliwość powołania się na klauzulę własnego bezpieczeństwa²³. Podkreśla się również, że art. 30 u. zaw. lek. można uznać za podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarza w sytuacji, gdy nie wchodzi w rachubę odpowiedzialność karna z art. 162 k.k., jak również odpowiedzialności cywilnej za szkody wynikłe z nieudzielenia pomocy²⁴. Kwestie te wykraczają jednak poza zakres niniejszego opracowania.

Do zawodu lekarza zasadniczo zbliżony jest zawód psychologa. Psycholog, jak każdy wykonujący zawód pomocowy, często spotyka się z osobami znajdującymi się w sytuacji kryzysowej, a więc także z potencjalnymi samobójcami. Zasady i warunki wykonywania zawodu psychologa określa ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów²⁵. Co istotne ustawa nie zawiera odpowiednika art. 30 u. zaw. lek., zobowiązującego do podjęcia działania w sytuacji niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia człowieka. Nie stoi to na przeszkodzie uznaniu za formalne źródło obowiązku gwarancyjnego psychologa umowy zawartej z klientem lub wykonywania zawodu na innej podstawie. Jednocześnie należy zauważyć, że w świetle obowiązujących przepisów, z uwagi na brak wypracowanych, jednolitych standardów diagnozy oraz terapii w psychologii, obiektywne przypisanie skutku w sytuacji zaniechania psychologa będzie w sposób znaczący utrudnione. W literaturze prezentowany jest nawet pogląd wykluczający odpowiedzialność tej grupy zawodowej za skutek w postaci samobójstwa w przypadku zaniechania terapii, nawet, jeśli psychologowi towarzyszyła wiedza, iż klient znajduje się w sytuacji ryzyka podjęcia próby samobójczej²⁶. Możliwa jest natomiast odpowiedzialność karna na podstawie art. 162 § 1 k.k.

lekarzkę przez sąd lekarski. A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 171.

²¹ A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, PiM 2000, nr 5, s. 32.

²² *Ibidem*, s. 31–32.

²³ M. Filar, *Lekarskie prawo karne...*, *op. cit.*, s. 57.

²⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, *op. cit.*, s. 357.

²⁵ Dz.U. Nr 73, poz. 763 z późn. zm.

²⁶ M. Szeroczyńska, *Odpowiedzialność karna psychoterapeuty w przypadku samobójstwa pacjenta*, Prok. i Pr. 2012, nr 4, s. 45.

II. Przepisy dotyczące niektórych służb

Wymóg przeszkodzenia samobójstwu może mieścić się także w obowiązkach, jakie spoczywają na funkcjonariuszach niektórych służb resortowych. Dotyczy to w szczególności Służby Więziennej, Policji, Straży Miejskiej oraz Straży Pożarnej.

1. Służba Więzienna

Zgodnie z art. 108 § 1 k.k.w., administracja zakładu karnego ma obowiązek podejmowania odpowiednich działań celem zapewnienia skazanym bezpieczeństwa osobistego w czasie odbywania kary. W literaturze przyjmuje się, że pojęcie bezpieczeństwa jest szerokim określeniem i obejmuje przede wszystkim respektowanie nietykalności fizycznej człowieka (naruszonej przez bicie, kopanie, szturchanie itp. traktowanie), ochronę przed dręczeniem psychicznym, grożeniem²⁷. Ustawa nie precyzuje jednak bliżej źródeł niebezpieczeństwa, jakie grozi skazanemu, co oznacza, że w rachubę wchodzi również przypadki targnięcia się na własne życie. Zapewnienie skazanym bezpieczeństwa należy do podstawowych zadań Służby Więziennej (art. 2 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej²⁸). Jednym z działań mających służyć realizacji tej gwarancji jest właściwa klasyfikacja skazanych²⁹. Jej celem jest nie tylko stworzenie warunków sprzyjających indywidualnemu postępowaniu ze skazanymi, zapobieganiu szkodliwym wpływom skazanych zdemoralizowanych, ale również zapewnienie skazanym bezpieczeństwa osobistego. Klasyfikacja polega na wyborze właściwego systemu wykonywania kary, rodzaju i typu zakładu karnego oraz rozmieszczeniu skazanych wewnątrz zakładu karnego (art. 82 § 1 k.k.w.). Podstawą klasyfikacji są przede wszystkim badania osobopoznawcze, a jednym z jej kryteriów stan zdrowia psychicznego skazanego i stopień uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych (art. 82 § 2 pkt 6 k.k.w.). Właściwa klasyfikacja służy zatem m.in. zmniejszeniu prawdopodobieństwa targnięcia się skazanego na własne życie poprzez eliminowanie czynników powodujących takie ryzyko. Natomiast ratowanie samobójcy – jak już wspomniano – wynika z obowiązku zapewnienia skazanemu bezpieczeństwa w zakładzie karnym przez wykwalifikowaną służbę państwową.

Na marginesie zwrócić należy uwagę na stosunkowo nową regulację dotyczącą szczególnej grupy skazanych, co do których stosuje się szczególne środki bezpieczeństwa, które również mogą w efekcie przeciwdziałać zamachom samobójczym.

²⁷ T. Szymanowski, Z. Świda, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 1999, s. 255.

²⁸ T.j. z 2014 r., Dz.U. z 2014 r. poz. 1415 z późn. zm.

²⁹ Szerzej zob. T. Bulenda, R. Musidłowski, *Realizacja przez administrację zakładów karnych i aresztów śledczych obowiązku zapewnienia osobom pozbawionym wolności bezpieczeństwa osobistego*, Biuletyn RPO – Materiały 2000, nr 42, s. 228 i n.

Zgodnie z art. 88 d § 1 k.k.w., jeżeli w związku z toczącym się lub zakończonym postępowaniem karnym, w którym skazany uczestniczy lub uczestniczył w charakterze podejrzanego, oskarżonego, świadka lub pokrzywdzonego, wystąpiło poważne zagrożenie lub istnieje bezpośrednia obawa wystąpienia poważnego zagrożenia dla jego życia lub zdrowia, dyrektor zakładu karnego obejmuje takiego skazanego szczególną ochroną w warunkach zwiększonej izolacji i zabezpieczenia³⁰. W stosunku do tej grupy skazanych stosuje się takie środki jak: a) kontrola stanu zdrowia skazanego; b) udzielanie pomocy psychologicznej; c) nadzór nad widzeniami; d) kontrola rozmów w trakcie widzeń; e) cenzura korespondencji z wyjątkiem korespondencji z obrońcą lub pełnomocnikiem będącym adwokatem lub radcą prawnym, organami ścigania, wymiaru sprawiedliwości, innymi organami państwowymi i samorządowymi, Rzecznikiem Praw Obywatelskich oraz organami powołanymi na podstawie ratyfikowanych przez Rzeczpospolitą Polską umów międzynarodowych, dotyczących ochrony praw człowieka, która może podlegać jedynie nadzorowi oraz f) kontrola rozmów telefonicznych. Szczególna ochrona może polegać również na stosowaniu wobec skazanego ochrony osobistej w rozumieniu ustawy z dnia 25 czerwca 1997 r. o świadku koronnym³¹.

Kodeks karny wykonawczy przewiduje również specyficzne rozwiązanie przełamujące zasadę, zgodnie z którą decydujące znaczenie dla dokonania zabiegu leczniczego ma wola pacjenta. W wypadku bowiem, gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo (co może być również skutkiem targnięcia się na własne życie), stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego (art. 118 § 2 k.k.w.). W nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednio niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz (art. 118 § 4 k.k.w.). Niezależnie od powyższego, dodatkową gwarancją dla skazanego jest objęcie tego rodzaju przypadków nadzorem sądowym. W sytuacji, gdy wykonywanie kary pozbawienia wolności może zagrażać życiu skazanego lub spowodować dla jego zdrowia poważne niebezpieczeństwo, dyrektor zakładu karnego, na wniosek lekarza, niezwłocznie powiadamia o tym sędziego penitencjarnego (art. 118 § 1 k.k.w.)³².

2. Policja

Obowiązek czuwania nad bezpieczeństwem innych osób wpisany jest również w istotę służby policyjnej. Policja stanowi umundurowaną i uzbrojoną formację służącą społeczeństwu i przeznaczoną do ochrony bezpieczeństwa ludzi oraz do

³⁰ Art. 88 d k.k.w. wszedł w życie z dniem 26 marca 2011 r. a wprowadzony został na podstawie art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 39, poz. 201).

³¹ T.j. z 2014 r., Dz.U. z 2014 r., poz. 1801.

³² Szerzej zob. S. Lelental, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 496–497.

utrzymywania bezpieczeństwa i porządku publicznego (art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji³³). Już w poprzednim stanie prawnym A. Wąsek twierdził, że obowiązek przeszkodzenia samobójstwu spoczywa na każdym funkcjonariuszu Milicji Obywatelskiej jako gwarancie³⁴. Stosownie do brzmienia art. 21 ustawy o służbie funkcjonariuszy Milicji Obywatelskiej³⁵, na gruncie, której Autor wypowiedział ten pogląd, funkcjonariusz obowiązany był przestrzegać socjalistycznej praworządności oraz kierować się poczuciem szczególnej odpowiedzialności za ochronę porządku i bezpieczeństwa publicznego, ochronę własności społecznej oraz życia, zdrowia i mienia obywateli. W judykaturze podnoszono, że każdy funkcjonariusz MO, niezależnie od tego, czy jest na służbie, czy poza nią, jest obowiązany działać niezwłocznie i niezależnie od grożącego mu niebezpieczeństwa w każdym wypadku, kiedy konieczność ochrony życia lub zdrowia ludzkiego tego wymaga, bądź też kiedy nakazuje to potrzeba zagwarantowania utrzymania porządku lub bezpieczeństwa publicznego³⁶. Według L. Kubickiego, takie zapatrywanie powinno znaleźć mocniejszą podstawę normatywną niż stwarzał ją art. 21 powołanej ustawy³⁷.

Na gruncie obowiązującego stanu prawnego szczególne obowiązki funkcjonariuszy policji określa m. in. art. 1 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy o Policji, zgodnie z którym do podstawowych zadań Policji należą m. in.: ochrona życia i zdrowia ludzi oraz mienia przed bezprawnymi zamachami naruszającymi te dobra oraz ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego. Ponadto, policjant obowiązany jest dochować obowiązków wynikających z roty złożonego ślubowania (art. 58 ust. 1 ustawy o Policji), a z treści ślubowania zawartej w art. 27 ust. 1 ustawy o Policji wynika, że ślubuje on „(...) służyć wiernie Narodowi, chronić ustanowiony Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej porządek prawny, strzec bezpieczeństwa Państwa i jego obywateli, nawet z narażeniem życia.”

Z analizowanym zagadnieniem wiążą się również przepisy dotyczące zatrzymania. Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o Policji, uprawnienie takie przysługuje Policji w stosunku do osób stwarzających w sposób oczywisty bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego, a także dla mienia. Chodzi o każdy przypadek zagrożenia dla życia człowieka, w tym także w sytuacji, gdy on sam jest dla siebie źródłem takiego niebezpieczeństwa.

³³ T.j. z 2011 r., Dz.U. Nr 287, poz. 1687 z późn. zm.

³⁴ A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa...*, op. cit., s. 137.

³⁵ Ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o służbie funkcjonariuszy Milicji Obywatelskiej (t.j. Dz.U. z 1973 r. Nr 23, poz. 136 z późn. zm.). Jako podstawę prawną A. Wąsek powołuje również art. 6 pkt 3 dekretu z dnia 21 grudnia 1955 r. o organizacji i zakresie działania MO (Dz. U. nr 46, poz. 311 z późn. zm.); por. *idem*, *Odpowiedzialność karna za nieprzeszkodzenie przestępstwu*, Warszawa 1973, s. 71 i n.

³⁶ Takie stanowisko zajął SN w wyr. z dnia 16 maja 1962 r., III K 125/62, OSNKW 1963, nr 6, poz. 119.

³⁷ L. Kubicki, *Przestępstwo popełnione przez zaniechanie. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1975, s. 175.

Wydaje się, że w oparciu o przytoczone unormowania można sformułować wniosek, że policjant ma szczególny prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi, w sytuacji zamachu samobójczego. Jednocześnie należy zastrzec, że nie sposób zgodzić się z zapatrywaniem, że każdy policjant, również nie będący na służbie, jest gwarantem bezpieczeństwa obywateli. Odmienne rozwiązanie wydaje się być nie do przyjęcia ze względów praktycznych, gdyż stawiałoby policjanta w szczególnej sytuacji w stosunku do innych zawodów związanych z ochroną określonych dóbr.

3. Straż gminna

Na podobnych zasadach, jak te określone w ustawie o Policji, działają funkcjonariusze straży gminnej. Podstawowe zasady funkcjonowania oraz poszczególne prawa i obowiązki tego rodzaju straży określa ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych³⁸. Zgodnie z art. 1 ustawy, straż gminna to samorządowa umundurowana formacja utworzona do ochrony porządku publicznego na terenie gminy. Spełnia ona służebną rolę wobec społeczności lokalnej, wykonując swe zadania z poszanowaniem godności i praw obywateli.

Jednym z podstawowych obowiązków strażnika jest podejmowanie interwencji w sytuacjach zagrożenia życia, zdrowia lub mienia, a także w przypadku naruszenia dóbr osobistych ludzi (art. 27 ust. 4 ustawy o strażach gminnych). Przepis ten jednoznacznie zobowiązuje strażnika do reakcji na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Podobnie jak w przypadku funkcjonariusza policji, bez znaczenia pozostaje tu źródło tego zagrożenia. W znaczeniu ogólnym obowiązek ratowania życia ludzkiego został również wyrażony w rocie ślubowania, jaką składa każdy strażnik (art. 26 ustawy o strażach gminnych).

Do zadań straży należy również współdziałanie z właściwymi podmiotami w zakresie ratowania życia i zdrowia obywateli (art. 11 ust. 1 pkt 3 ustawy o strażach gminnych), jak również doprowadzanie osób nietrzeźwych do izby wytrzeźwień lub miejsca ich zamieszkania, jeżeli osoby te zachowaniem swoim dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu i zdrowiu innych osób (art. 11 ust. 1 pkt 7 ustawy o strażach gminnych). Strażnik, wykonując swe zadania, ma także prawo do ujęcia osób stwarzających w sposób oczywisty bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego, a także dla mienia i niezwłocznego doprowadzenia do najbliższej jednostki Policji (art. 12 ust. 1 pkt 3 ustawy o strażach gminnych).

³⁸ T.j. z 2013 r., Dz.U. z 2013 r., poz. 1383 z późn.zm.

4. Państwowa Straż Pożarna

Kolejną służbą, której działania wiążą się z ratowaniem życia ludzkiego, jest Państwowa Straż Pożarna. Stanowi ona zawodową, umundurowaną i wyposażoną w specjalistyczny sprzęt formację, przeznaczoną do walki z pożarami, klęskami żywiołowymi i innymi miejscowymi zagrożeniami (art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej³⁹). Przez złożenie ślubowania funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej zobowiązuje się m.in. „być ofiarnym i mężnym w ratowaniu zagrożonego życia ludzkiego i wszelkiego mienia – nawet z narażeniem życia” (art. 30 ust. 1 ustawy o Państwowej Straży Pożarnej).

5. Straż Ochrony Kolei

Z kolei według przepisów ustawy z dnia 28 marca 2003 r. o transporcie kolejowym⁴⁰, do zadań straży ochrony kolei należy kontrola przestrzegania przepisów porządkowych na obszarze kolejowym, w pociągach i innych pojazdach kolejowych oraz ochrona życia i zdrowia ludzi oraz mienia na obszarze kolejowym, w pociągach i innych pojazdach kolejowych (art. 60 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o transporcie kolejowym).

6. Pracownicy izby wytrzeźwień

Ustawowo uregulowano również tryb postępowania wobec osób znajdujących się w stanie nietrzeźwości w sytuacji zagrożenia ich życia. Zgodnie z art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁴¹ osoby takie mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, podmiotu leczniczego lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu. W razie braku izby wytrzeźwień osoby takie mogą być doprowadzone do jednostki Policji.

Do niedawna szczegółowe zasady postępowania z osobami umieszczonymi w izbie wytrzeźwień precyzował akt podustawowy w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie trybu doprowadzania, przyjmowania i zwalniania osób w stanie nietrzeźwości oraz organizacji izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego⁴². Było to rozwiązanie wadliwe z uwagi na rangę obowiązków nakładanych na osoby odpowiedzialne za stan zdrowia zatrzymanych w izbie

³⁹ T.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 1340 z późn. zm.

⁴⁰ T.j. Dz.U. z 2013 r., poz. 1594 z późn. zm.

⁴¹ T.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 1356 z późn. zm.

⁴² Dz.U. Nr 20, poz. 192 z późn. zm.

wytrzeźwień. Częściowo problem ten rozwiązała nowelizacja z dnia 4 stycznia 2013 r.⁴³ na mocy której ustawowo sprecyzowano zasady badania i ewentualnego hospitalizowania osoby doprowadzonej do izby wytrzeźwień (art. 40² ustawy), jak również jednoznacznie wskazano osoby odpowiedzialne za decyzję o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do izby (art. 40³ ustawy). Niestety w akcie podstawowym uregulowano obowiązek sprawdzania czy osoba, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie izolacji, nie ma uszkodzeń ciała spowodowanych swoim zachowaniem⁴⁴.

7. Nauczyciele

Szczególne obowiązki ciąży również na osobach pracujących z młodzieżą. W szczególności dotyczy to nauczycieli, którzy zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela⁴⁵ zobowiązani są rzetelnie realizować zadania związane z powierzonym im stanowiskiem oraz podstawowymi funkcjami szkoły: dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą, w tym zadania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa uczniom w czasie zajęć organizowanych przez szkołę. Z kolei na dyrektorze zakładu poprawczego lub schroniska dla nieletnich ciąży obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa osób osadzonych w tego rodzaju placówkach⁴⁶.

8. Wnioski

Stopień ustawowego dookreślenia źródeł obowiązku gwaranta jest różny w zależności od rodzaju służby lub wykonywanych czynności. Niemniej, w żadnym wypadku, obowiązek reakcji na stan zagrożenia życia ludzkiego nie został uzależniony od okoliczności, która stanowiła przyczynę takiego stanu rzeczy. W rachubę wchodzi w związku z tym także obowiązek reakcji w przypadku targnięcia się na własne życie. Powyższy przegląd regulacji przekonuje o potrzebie rozważenia dwóch postulatów *de lege ferenda*. Po pierwsze, przemyślenia wymagałoby wyraźne i jednoznaczne określenie w ustawie obowiązku reagowania przez funkcjonariuszy określonych służb lub przedstawicieli poszczególnych zawodów na sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia obywateli. Za wzorcowe uznać

⁴³ Ustawa z dnia 4 stycznia 2013 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2013 r., poz. 1563).

⁴⁴ Zob § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 r. w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1850).

⁴⁵ T.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 191 z późn.zm.

⁴⁶ Zob § 21 ust. 1 i 3, § 25, § 34 i § 75 oraz rozdział 9a rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (Dz.U. Nr 124, poz. 1359 z późn. zm.).

można w tym względzie sformułowanie użyte w art. 27 pkt 4 ustawy o strażach gminnych, z którego wprost wynika, że funkcjonariusz straży jest zobowiązany do podejmowania interwencji w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Niezależnie od tego pożądane byłoby również dookreślenie, czy obowiązek ten ma być realizowany z narażeniem własnego życia. Po drugie, można także kwestionować fakt nakładania takiego obowiązku w aktach podustawowych, jak to ma miejsce np. w przypadku postępowania z osobami umieszczonymi w izbie wytrzeźwień, czy też w zakładach poprawczych lub schroniskach dla nieletnich. Wydaje się, że z uwagi na swoją doniosłość powinien to być obowiązek ustawowy.

III. Umowa jako źródło obowiązku przeszkodzenia samobójstwu

Źródłem obowiązku przeszkodzenia samobójstwu może być także umowa, w której dany podmiot przyjmuje na siebie zobowiązanie pieczy nad określonym dobrem prawnym (np. osoba zatrudniona do opieki nad osobą chorą psychicznie). Wówczas z treści takiej umowy wynikać będzie zakres obowiązków gwaranta. Obowiązki takie nie mogą zatem wykraczać poza zakres dobrowolnie przyjęty i ograniczone są wyłącznie do przedmiotów, których bezpośrednio dotyczą⁴⁷.

IV. Uprzednie działanie sprawcy

Największe wątpliwości z klasycznej triady źródeł obowiązku gwaranta wywołuje uprzednie działanie sprawcy. Do możliwości upatrywania obowiązku przeszkodzenia samobójstwu w uprzednim działaniu sprawcy należy odnieść się sceptycznie. Podzielić należy w tym zakresie argumentację A. Wąska, że zastosowanie konstrukcji obowiązku gwaranta „z uprzedniego działania” do faktycznego nieratowania samobójcy prowadziłoby do przekreślenia praktycznego znaczenia art. 151 k.k., jak również istotnie zaostrzałoby odpowiedzialność karną za zaniechanie. Przykładowo, w sytuacji współdziałania w samobójstwie (nakłonienie lub udzielenie pomocy), mającego miejsce przed targnięciem się desperata na swe życie, przy którym sprawca mu nie przeszkadzał, należałoby przyjąć kwalifikację prawną z art. 151 k.k., traktując owo zaniechanie jako współukarany czyn następny. Z kolei, jeśli posłużyć się źródłem obowiązku gwaranta w postaci „uprzedniego działania”, to akt współdziałania przy samobójstwie zobowiązywałby do przeszkodzenia samobójstwu. W rezultacie, umyślne niewykonanie tego obowiązku skutkowałoby odpowiedzialnością za przestępstwo zabójstwa z zaniechania.

⁴⁷ L. Kubicki, *Przestępstwo popełnione przez zaniechanie...*, op. cit., s. 178.

Podobnie, nieumyślne współdziałanie przy cudzym samobójstwie mogłoby prowadzić do odpowiedzialności karnej za umyślne popełnienie zabójstwa przez zaniechanie, gdy osoba taka nie przeszkodziła samobójstwu umyślnie⁴⁸. Jakkolwiek w tym drugim wypadku nie dochodziłoby do wyczerpania znamion typu czynu zabronionego określonego w art. 151 k.k., gdyż do jego znamion należy umyślność.

ŹRÓDŁA PRAWNOKARNEGO OBOWIĄZKU PRZESZKODZENIA SAMOBÓJSTWU. CZĘŚĆ II

Streszczenie

Opracowanie stanowi kontynuację części pierwszej artykułu pt. „Źródła prawnokarnego obowiązku przeszkodzenia samobójstwu”. Analizie poddano problematykę źródeł lekarskiego obowiązku przeszkodzenia samobójstwu, z uwzględnieniem specyfiki zawodu psychologa. Z uwagi na to, że wymóg przeszkodzenia samobójstwu może mieścić się także w obowiązkach, jakie spoczywają na funkcjonariuszach niektórych służb resortowych, dokonano przeglądu wybranych regulacji w tym zakresie (m.in. Służba Więzienna, Policja, Straż Gminna, Straż Pożarna). Odniesiono się również do możliwości upatrywania obowiązku przeszkodzenia samobójstwu w umowie oraz uprzednim działaniu sprawcy.

SOURCES OF CRIMINAL LAW OBLIGATION TO PREVENT SUICIDE – PART II

Summary

The work is a follow-up to the first part of the article “Sources of criminal law obligation to prevent suicide”. The analysis focuses on the issue of sources of medical obligation to prevent suicide and takes into account the specificity of the profession of a psychologist. Due to the fact that the obligation to prevent suicide can also be a duty of some law enforcement officers, a review of regulations in this area was conducted (including Prison Service, Police, Municipal Police, Fire Brigade). There is also reference to the possibility of finding the obligation to prevent suicide in a contract and previous acts of the perpetrator.

⁴⁸ Por. A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa...*, op. cit., s. 138–139.

LES SOURCES DU DEVOIR JURIDIQUE ET PÉNAL D'EMPÊCHER UN SUICIDE – DEUXIÈME PARTIE

Résumé

Cet article forme la suite de la première partie de la publication sur la recherche des sources concrètes du devoir juridique et pénal d'empêcher un suicide. On y présente une analyse de la problématique des sources du devoir médical d'empêcher un suicide, prenant surtout en considération la spécificité du métier de psychologue. N'oubliant pas que le devoir d'empêcher un suicide peut être objet des responsabilités de certains fonctionnaires (comme par exemple entre autres le Service pénitentiaire, la Police, les gendarmes, les sapeurs-pompiers) on fait aussi une sorte de revue des régulations dans ce cadre. On cherche à répondre aux possibilités du devoir d'empêcher un suicide étant dans l'arrangement ou dans l'action antérieure de l'actant.

ИСТОЧНИКИ УГОЛОВНО-ПРАВОВОЙ ОБЯЗАННОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СУИЦИДА. ЧАСТЬ II

Резюме

Исследование представляет собой продолжение первой части статьи „Источники уголовно-правовой обязанности предотвращения суицида”. Анализу подвержена проблематика источников врачебной обязанности предотвращения суицида, с учётом специфики профессии психолога. Принимая во внимание, что требование предотвращения суицида может быть связано также с обязанностями, лежащими на представителях некоторых ведомственных служб, был произведён обзор выбранных подразделений в этой сфере (в частности, тюремная служба, полиция, охрана гмины, пожарная охрана). Упомянуто также о возможности усмотрения обязанности предотвращения суицида в договоре, а также предварительных действиях виновника.