

lek. Paweł Świdorski

**Medyczno-sądowe aspekty opiniowania w sprawach o narażenie
na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku
na zdrowiu na podstawie analizy materiału Katedry i Zakładu Medycyny
Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: dr hab. n. med. *Czesław Żaba*

**Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**



Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2021

Podziękowania

Składam serdeczne podziękowania mojemu Promotorowi, Panu dr hab. n. med. Czesławowi Żabie, bez inspiracji i pomocy którego ta praca nigdy by nie powstała.

Dziękuję wszystkim, którzy udzielali mi pomocy i rad podczas realizowania badań wchodzących w skład niniejszej pracy doktorskiej.

Spis treści

1. Wstęp.....	6
1.1. Wprowadzenie.....	6
1.2. Pojęcie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w systemie prawa karnego.....	7
1.3. Przestępstwo narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 160 KK.....	9
1.4. Przestępstwo narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach dotyczących oceny postępowania personelu medycznego (błędy medyczne).....	18
1.5. Opiniowanie o narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia (art. 156 kk i art. 157 KK).....	21
1.6. Przestępstwo usiłowania zabójstwa w kontekście opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.....	23
1.7. Narażenie na zakażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu – art. 161 § 1 i 2 KK.....	24
1.8. Przestępstwo bójki lub pobicia – narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1 KK (art. 158 § 1 KK).....	26
1.9. Udział w bójce lub pobiciu z użyciem broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu - art. 159 KK.....	28
1.10. Przestępstwo nieudzielenia pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 162 KK.....	30
1.11. Wybrane aspekty art. 163 KK i 165 KK w kontekście opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.....	33
1.12. Narażenie pracownika na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (wypadek przy pracy – art. 220 § 1 KK).....	34
1.13. Opiniowanie sądowo-lekarskie i biegli sądowi.....	35
2. Cel pracy oraz założenia badawcze.....	38

2.1. Założenia pracy.....	38
2.2. Cele pracy.....	38
3. Materiał i metody badawcze.....	40
3.1. Materiał badawczy.....	40
3.2. Metodologia.....	40
3.3. Analiza statystyczna.....	41
4. Wyniki.....	42
4.1. Analiza liczby spraw zarejestrowanych, spraw odesłanych bez opracowania i liczby wydanych opinii sądowo-lekarskich w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	42
4.2. Analiza ilości opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	46
4.3. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w zależności od kwalifikacji karnej sprawy wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	49
4.4. Organy procesowe zlecające wydanie opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	53
4.5. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych na zlecenie jednostek Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	56
4.6. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych na zlecenie prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	60
4.7. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych na zlecenie sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	64
4.8. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	67
4.9. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	79

4.10.	Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach oceny postępowania personelu medycznego wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	87
4.11.	Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	105
4.12.	Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	110
4.13.	Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w innych rodzajach spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	115
4.13.1.	Zatrucia ksenobiotykami.....	118
4.13.2.	Ekspozycja na tlenek węgla, dym i gazy pożarowe, oparzenia w pożarach.....	119
4.13.3.	Postrzały z broni pneumatycznej i innej.....	120
4.13.4.	Narażenie na zakażenie chorobą zakaźną.....	120
4.13.5.	Nieudzielenie pomocy.....	121
4.13.6.	Ekspozycja na gazy drażniące (pieprzowy, łzawiący, itp.).....	121
4.13.7.	Wykonywanie zawodu lekarza i pielęgniarki w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych.....	122
4.13.8.	„Nietypowe” urazy.....	122
4.13.9.	Sprawy pozostałe.....	122
4.14.	Porównanie wyników statystycznych z danymi dotyczącymi przestępczości przeciwko zdrowiu i życiu uzyskanymi z baz danych Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości.....	136
5.	Dyskusja.....	154
6.	Wnioski.....	184
7.	Streszczenie.....	186
8.	Summary.....	189
9.	Bibliografia.....	192
10.	Spis tabel.....	197
11.	Spis rycin.....	202
12.	Wykaz skrótów.....	207

1. Wstęp

1.1. Wprowadzenie

Opiniowanie w sprawach dotyczących narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu należy do zadań każdego lekarza specjalisty medycyny sądowej sporządzającego opinie sądowo-lekarskie w postępowaniu karnym. Z punktu widzenia biegłego lekarza jest to szczególna forma opiniowania, w której lekarz, poruszając się zgodnie ze swoim wykształceniem w sferze nauk medycznych, zmuszony jest do przeanalizowania określonych zachowań i działań mających wpływ na zdrowie i życie człowieka w kontekście pojęcia prawnego narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Bez znajomości definicji, wykładni prawnej i orzecznictwa Sądu Najwyższego dotyczącej pojęcia narażenia biegły medyk sądowy i każdy inny lekarz, który chciałby opiniować w sprawach karnych nie będzie mógł wydać rzetelnej i obiektywnej opinii. Obserwacje własne autora oraz analiza publikacji zarówno prawniczych, jak i pochodzących ze środowiska medyków sądowych wskazują, że opiniowanie odnośnie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu budzi nie tylko kontrowersje w środowisku medycznym, lecz również wśród prawników można spotkać rozbieżne stanowiska i komentarze. Taki stan rzeczy nie ułatwia opiniowania biegłemu z dziedziny medycyny sądowej i innych specjalności medycznych. Potrzeba ujednolicenia i wypracowania standardów opiniowania w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu została zauważona w środowisku medyków sądowych już kilkanaście lat temu, co zaowocowało konferencjami naukowymi o tej tematyce, publikacjami naukowymi, a nawet próbą wypracowania jednolitego stanowiska katedr i zakładów medycyny sądowej w Polsce w zakresie opiniowania o narażeniu. Nadal jednak brakuje w piśmiennictwie z pogranicza nauk prawnych i medycznych opracowania obrazującego skalę problemu opiniowania w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, zawierającego dane o ilości wydanych rocznie opinii, rodzaju opiniowanych spraw i wreszcie stanowiska biegłych odnośnie narażenia w konkretnych przypadkach.

Niniejsza rozprawa ma celu przeanalizowanie opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w okresie piętnastu lat, nie tylko pod kątem analizy statystycznej, lecz również merytorycznej.

Obserwacje własne autora, wydającego od około piętnastu lat opinie w sprawach narażenia człowieka dowodzą, że pomimo dostępnych publikacji w tym zakresie i powtarzanych dyskusji odnośnie narażenia jako problemu prawno-medycznego w środowisku medyków sądowych, nadal zaobserwować można w niektórych przypadkach zbyt dużą dowolność czy nawet uznaniowość w rozumieniu przez biegłych kryteriów narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W sprawach karnych biegły nie może pozwolić sobie na dowolność interpretacji pojęć prawnych, lecz zobligowany jest do wydania opinii rzetelnej, obiektywnej, bezstronnej i zgodnej z aktualnym stanowiskiem nauk medycznych i prawnych. Zadaniem autora opracowanie kompleksowej analizy dużego zbioru opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie tylko pozwoli zobrazować skalę tego zjawiska w naukach medyczno-sądowych, lecz wypracować określone reguły opiniowania nie tylko w oparciu o analizę publikacji prawniczych czy medycznych, lecz na podstawie już wydanych opinii, wskazując zarówno ich zalety i prawidłowości, jak i niedostatki czy uchybienia. Analiza tego rodzaju może być pomocna biegłym medykom sądowym i lekarzom innych specjalizacji w codziennej pracy biegłego, wydającego opinie sądowo-lekarskie w sprawach karnych.

1.2. Pojęcie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w systemie prawa karnego

Życie i zdrowie człowieka zaliczane są do najwyższych dóbr prawnie chronionych, a obowiązujące w Polsce regulacje prawne zapewniają ich wzmożoną prawnokarną ochronę. Naruszenie tych dóbr, powodujące negatywne skutki dla zdrowia i życia, skutkuje odpowiedzialnością karną, której zakres zależy od rozmiarów negatywnych skutków, zarówno w przypadku działania umyślnego, jak i nieumyślnego. Poza regulacjami przewidującymi odpowiedzialność karną za wywołanie negatywnych skutków dla zdrowia i życia człowieka, odpowiedzialność karna dotyczy również spowodowania zagrożenia dla tych dóbr (narażenia zdrowia i życia na niebezpieczeństwo), zarówno w przypadku działania umyślnego, jak i nieumyślnego. Ochrona prawnokarna zdrowia i życia ma więc zastosowanie jeszcze przed spowodowaniem naruszenia tych dóbr (np. poprzez wywołanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia), a rozmiary narażenia na niebezpieczeństwo dóbr chronionych warunkują granice odpowiedzialności karnej [1].

Przepisy prawa regulujące odpowiedzialność karną za narażenie życia lub zdrowia człowieka zawarte są nie tylko w obowiązującym kodeksie karnym, ale również w innych

ustawach. Obowiązujące przepisy można podzielić na trzy kategorie, z których pierwsza dotyczy odpowiedzialności za spowodowanie ogólnie określonego niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia, druga zawiera regulacje odnoszące się do spowodowania zagrożenia dla bezpieczeństwa powszechnego, a trzecia kategoria obejmuje odpowiedzialność karną za narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku dla zdrowia indywidualnej osoby [1].

Pierwsza z wyżej wymienionych kategorii zawiera przepisy zawarte w rozdziale X Kodeksu wykroczeń (KW) – Wykroczenia przeciwko bezpieczeństwu osób i mienia. Do zachowań, za które przewidziana jest odpowiedzialność za wykroczenie, należą np. wykonywanie czynności przez osobę do tego niezdolną, co może spowodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia (art. 70 § 1 KW), wywołanie stanu niebezpiecznego dla życia lub zdrowia człowieka poprzez wadliwe wykonanie urządzeń lub uczynienie ich niezdatnymi do funkcjonowania zgodnie z przeznaczeniem albo niewłaściwe ich użytkowanie (art. 71 § 1 KW), niezabezpieczenie miejsca niebezpiecznego dla życia lub zdrowia człowieka (art. 72 KW), niezawiadomienie o przestępstwie (art. 73 KW), niszczenie, uszkodzanie, usuwanie znaków ostrzegawczych o grożącym niebezpieczeństwie (art. 74 § 1 KW). Przepisy należące do tej kategorii charakteryzuje brak precyzyjnego określenia stopnia zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzkiego oraz charakteru przedmiotowego niebezpieczeństwa [1] [2].

Do drugiej kategorii przepisów prawa karnego należą regulacje przewidujące odpowiedzialność karną za spowodowanie niebezpieczeństwa powszechnego (bezpośredniego lub bliżej nieokreślonego) poprzez spowodowanie zdarzeń powszechnie niebezpiecznych (zagrożających życiu lub zdrowiu wielu osób albo mieniu w wielkich rozmiarach – art. 164, art. 165, art. 166 § 2, art. 167 § 1, art. 173 Kodeksu karnego (KK)). Przedmiotem ochrony tego rodzaju przepisów jest życie lub zdrowie wielu osób, a także mienie wielkich rozmiarów [1] [3].

Trzecia grupa przepisów zawiera przestępstwa dotyczące narażenia indywidualnego człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160, art. 158 § 1 i art. 220 § 1 KK) [1] [3].

Przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo można podzielić wedle różnych kryteriów na:

- a) przestępstwa określonego (konkretnego) narażenia na niebezpieczeństwo,
- b) przestępstwa abstrakcyjnego narażenia na niebezpieczeństwo,
- c) przestępstwa indywidualnego zagrożenia,

- d) przestępstwa narażenia na niebezpieczeństwo powszechne (zbiorowego zagrożenia),
- e) przestępstwa zagrożenia życia lub zdrowia,
- f) przestępstwa zagrożenia innych dóbr prawnych [1].

Z punktu widzenia biegłego lekarza specjalisty medycyny sądowej najistotniejsze znacznie mają przestępstwa dotyczące narażenia indywidualnego człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. art. 160 KK, art. 158 § 1 KK, art. 159 KK, art. 162 KK art. 220 § 1 KK. Omówienia wymagają również przestępstwa dotyczące uszkodzenia ciała (art. 156 i art. 157 KK), definicja błędu medycznego, w wyniku którego może dojść do narażenia pacjenta na niebezpieczeństwo oraz definicja usiłowania zabójstwa w kontekście narażenia. Znajomość wszystkich wymienionych przepisów prawa karnego oraz definicji i pojęć prawno-medycznych niezbędna jest do zrozumienia problematyki opiniowania w sprawach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

1.3. Przestępstwo narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 160 KK

Zgodnie z treścią art. 160 KK, kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (§ 1). Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (§ 2). Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (§ 3). Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1-3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo (§ 4). Ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego (§ 5) [3].

Przestępstwo narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu określone w art. 160 KK w pierwszych latach po wejściu w życie kodeksu karnego z 1997 r. nie zajmowało w statystykach znaczącej pozycji pod względem liczbowym, lecz wraz z upływem lat można zaobserwować tendencję wzrostową liczby wyroków skazujących za przestępstwo określone w art. 160 KK. W analizowanym okresie lat 2004 – 2018, zgodnie danymi dostępnymi w bazach danych Ministerstwa Sprawiedliwości, następował coroczny wzrost ilości prawomocnych skazań z art. 160 KK (uwzględniając czyny popełnione umyślnie i nieumyślnie), tj. 384 skazania w roku 2004, 477 skazań w roku 2005, 615 skazań w roku 2006, 956 skazań w roku 2007, 1179 skazań w roku

2008, 1123 skazania w roku 2009, 1038 skazań w roku 2010, a następnie w kolejnych latach spadek liczby prawomocnych skazań: 739 w roku 2011, 714 w roku 2012, 710 skazań w roku 2013, 745 skazań w roku 2014, 657 skazań w roku 2015, po 656 skazań w roku 2016 i 2017 oraz 685 w roku 2018. Przestępstwo narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu odgrywa więc istotne znaczenie wśród przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu, ponadto stanowi najczęstszą kwalifikację karną czynów w sprawach dotyczących błędów medycznych.

Znamiona przestępstwa z art. 160 KK w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo nie odnoszą się do żadnej określonej czynności, która może powodować „narażenie”, lecz stanowią pojęcie zbiorcze dla wszystkich możliwych zachowań, które mogą wywołać takie „narażenie”, z wyłączeniem sytuacji określonych w art. 158 § 1 KK (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wywołane udziałem w bójce lub pobiciu) oraz w art. 220 § 1 KK (narażenie będące wynikiem niedopełnienia przez osobę odpowiedzialną za bezpieczeństwo i higienę pracy związanych z tym obowiązków) [1] [3].

Przestępstwo określone w art. 160 KK może zostać popełnione zarówno poprzez działanie, jak i zaniechanie, przy czym w przypadku występku z art. 160 § 1 KK zdania dotyczące możliwości popełnienia tego przestępstwa przez zaniechanie są podzielone (istnieje pogląd o braku możliwości przypisania sprawcy odpowiedzialności karnej w przypadku zaniechania, aczkolwiek w doktrynie spotykane się również odmienne stanowiska). Nie ma natomiast wątpliwości odnośnie zakresu występku określonego w art. 160 § 2 KK, którego znamiona mogą zostać wyczerpane zarówno poprzez działanie, jak i zaniechanie sprawcy. Interpretacja, zgodnie z którą nie można przypisać sprawcy odpowiedzialności za występki z art. 160 § 1 KK na skutek zaniechania, jedynie z powodu, że nie ciążył na nim prawny szczególnie obowiązek zabiegnięcia temu skutkowi, nie wydaje się być całkowicie słuszna. Tego rodzaju interpretacja może ograniczać w sposób nieuzasadniony zakres odpowiedzialności z art. 160 § 1 KK, można przecież spotkać się z sytuacjami, w których zaniechanie sprawcy mogło przynieść ten sam skutek, jak działanie i tym samym mogło narazić człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [1].

Wykładnia gramatyczna przestępstwa z art. 160 KK wskazuje, że przepis ten chroni życie lub zdrowie człowieka postrzeganego jako jednostki, a narażenie dóbr, jakimi są życie i zdrowie, ma charakter indywidualny. Przeciwnieństwem zagrożenia indywidualnego jest

narażenie na niebezpieczeństwo powszechne, przy czym zapis art. 160 KK nie precyzuje „ilościowo” liczby osób „narażonych”, co powoduje trudności w interpretacji, gdy sprawca swym działaniem lub zaniechaniem naraża na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu więcej, niż jedną osobę. Z kolei w przepisach kodeksu karnego dotyczących zagrożenia powszechnego użyty jest zaimek „wiele” (osób), co powoduje trudności w interpretacji nieokreślonego zwrotu „wiele”. Ani wykładnia językowa, ani analiza orzecznictwa w tym zakresie nie daje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące interpretacji zwrotu „wiele”. Bez względu na to, odpowiedzialność karna z art. 160 KK zachodzi również w przypadkach, gdy sprawca naraża na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu więcej, niż tylko jedną osobę, tj. „kilka” osób, przy czym liczba ta nie jest uznana za „wiele osób” [1].

Zgodnie z przeważającym w doktrynie poglądem występki określony w art. 160 KK jest przestępstwem materialnym, a jego skutkiem jest bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Istnieją również stanowiska odmienne, które traktują art. 160 KK jako przestępstwo formalne (bezsuktywne), gdyż stan niebezpieczeństwa sam w sobie nie może być uznany za skutek. Narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie wpisuje się ściśle w definicję skutku rozumianego jako trwałą zmianę w świecie zewnętrznym, możliwą do utrwalenia, opisaną i zakwalifikowaną. Skutek z art. 160 KK najczęściej dotyczy sytuacji, które wprawdzie zdarzyły się, lecz po pewnym czasie (często bardzo krótkim) zakończyły się, a stan zagrożenia trwał jedynie przez pewien czas. Trudności interpretacyjne „skutku” zawartego w art. 160 KK mają nie tylko znacznie teoretyczne, lecz również praktyczne. Organ procesowy oceniający odpowiedzialność karną sprawcy musi dokonać analizy czy rzeczywiście doszło do wywołania przez sprawcę sytuacji powodującej niebezpieczeństwo dla człowieka, a jeśli tak, to czy niebezpieczeństwo to miało charakter bezpośredni, a ponadto czy wystąpiły przesłanki narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia czy też ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zasadne byłoby również ustalenie przez organ procesowy przyczyn, że do spowodowania tego rodzaju skutków przez sprawcę jednak nie doszło, a także kryteriów umyślności lub nieumyślności czynu sprawcy [1]. Pomocne w takiej sytuacji byłoby określenie prawdopodobieństwa wystąpienia konkretnych elementów niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia (np. w opinii biegłych), lecz próby określenia tego rodzaju prawdopodobieństwa, zwłaszcza w naukach medycznych, niosą ze sobą zbyt duże ryzyko spekulacji i nadmiernej dowolności oceny sytuacji.

Warunkiem koniecznym do pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności z art. 160 KK jest wywołanie przez niego stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa. Zachowanie tego rodzaju może polegać na przeniesieniu człowieka ze stanu, w którym nie groziło mu niebezpieczeństwo, do położenia, w którym niebezpieczeństwo mu zagraża bezpośrednio. Nie znaczy to jednak, że przepis ten dotyczy jedynie sytuacji, w których człowiekowi przed zadziałaniem sprawcy nie groził żaden rodzaj niebezpieczeństwa (znajdował się w położeniu bezpiecznym). Odpowiedzialności karnej z art. 160 KK podlega również sprawca, który zwiększa stan zagrożenia, tworząc niejako nowy stan „wyższego” zagrożenia dla człowieka, który już wcześniej z innych przyczyn (np. choroby, bezradności, niepełnosprawności) znajdował się już w niebezpieczeństwie pewnego stopnia, czyli inaczej mówiąc, sprawca powoduje przeniesienie człowieka z jednego stanu niebezpiecznego w stan bardziej niebezpieczny [1]. Przykładem tego typu sytuacji są sprawy dotyczące błędów medycznych, w przypadku których nieprawidłowe działanie lub zaniechanie lekarza zwiększa stopień zagrożenia życia pacjenta, który i tak już wcześniej znajdował się w stanie pewnego zagrożenia z powodu stopnia zaawansowania choroby podstawowej. Obowiązkiem lekarza było jednakże zmniejszenie stopnia tego niebezpieczeństwa dla życia, czego lekarz nie uczynił z powodu błędnego postępowania lub zaniechania, co stanowi przestępstwo z art. 160 KK.

Niebezpieczeństwo, zgodnie z wykładnią językową, to stan, sytuacja grożąca czymś złym, zagrażającym komuś. Niebezpieczeństwo jest więc sytuacją, która może przerodzić się w stan, w którym mogą nastąpić negatywne skutki dla zdrowia i życia człowieka. Niebezpieczeństwo odnosi się do sytuacji, która może wydarzyć się w bezpośredniej przyszłości, kiedy wystąpią określone negatywne dla człowieka następstwa. Niebezpieczeństwo musi też być stanem dynamicznym, który może przerodzić się w negatywne skutki dla człowieka poprzez działanie lub zaniechanie sprawcy, przy czym nie może to być jedynie teoretyczna, potencjalna możliwość nastąpienia negatywnych następstw, lecz możliwość realna, konkretna, o dużym prawdopodobieństwie powstania określonego skutku. Niebezpieczeństwo abstrakcyjne, w którym istnieje jedynie teoretyczna możliwość nastąpienia negatywnego skutku dla człowieka, nie wyczerpuje znamion występków z art. 160 KK [1].

Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego sprowadzenie niebezpieczeństwa polega na wywołaniu takiej sytuacji, w której określone dobro (życiu, zdrowiu, mieniu) znajdującego się w stanie względnego bezpieczeństwa grozi efektywna szkoda, co można stwierdzić na podstawie doświadczenia życiowego i obserwacji podobnych zjawisk w typowym ich przebiegu. Niebezpieczeństwo nie może być abstrakcyjne, lecz aktualnie

istniejące i konkretne, to jest przejawiające się w takim układzie zjawisk w świecie zewnętrznym, że występuje wprost jako realne prawdopodobieństwo [1] [4].

W opiniowaniu sądowo-lekarskim należy dążyć do ustalenia realnego charakteru niebezpieczeństwa, jako sytuacji dynamicznej, ale możliwej i „niepewnej”, a pomocne w tym może być określenie prawdopodobieństwa wystąpienia danego skutku w konkretnym przypadku, opierając się na ustalonych okolicznościach zdarzenia. W naukach medycznych można jednakże posługiwać się tylko prawdopodobieństwem szacunkowym, określanym jako stopień możliwości wystąpienia określonego zdarzenia, przy czym prawdopodobieństwo takie będzie niczym innym, jak subiektywnym osądem opartym na obiektywnej wiedzy. Tak więc, im więcej istotnych informacji odnośnie okoliczności zdarzenia zostanie zgromadzonych w sprawie, tym większe szanse ma biegły i organ procesowy na dokonanie prawidłowego osądu prawdopodobieństwa nastąpienia negatywnego skutku dla zdrowia i życia człowieka. Prawdopodobieństwo matematyczne i statystyczne nie znajdują zastosowania w ocenie stopnia realności i bezpośredniości narażenia na niebezpieczeństwo. Prawdopodobieństwo statystyczne podlega stopniowaniu, jednakże w doktrynie i orzecznictwie obserwuje się dużą dowolność w tym zakresie (np. bardzo duża, mała lub znikoma szansa wystąpienia danego następstwa, wysoki, bardzo wysoki lub niewielki stopień prawdopodobieństwa). Nie ma więc możliwości zastosowania jakiegokolwiek obiektywnej skali stopnia prawdopodobieństwa spowodowania utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w odniesieniu do zachowania sprawcy i możliwości dynamicznego rozwoju wywołanej przez niego niebezpiecznej sytuacji, zwłaszcza w naukach medycznych [1].

Ocena stopnia prawdopodobieństwa spowodowania śmierci człowieka lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w konkretnej sytuacji powinna być oparta na obiektywnej wiedzy, lecz w niektórych przypadkach z konieczności może mieć charakter intuicyjny. W tego rodzaju ocenie istotne znaczenie ma znajomość reguł postępowania wobec drugiego człowieka, np. standardów prawidłowego postępowania personelu medycznego wobec pacjenta, obowiązków osoby, na której ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną (np. matki nad dzieckiem), zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, itd. Reguły te mogą być zawarte w konkretnych aktach prawnych, regulaminach, instrukcjach, zarządzeniach, a w przypadku nauk medycznych punktem odniesienia może być „aktualna wiedza medyczna”, rekomendacje towarzystw naukowych, zalecane algorytmy postępowania, itp. Nawet przy posługiwaniu się doświadczeniem i znajomością reguł postępowania wobec innego człowieka w szacowaniu stopnia prawdopodobieństwa niebezpieczeństwa, istnieje ryzyko pojawiania się dużych

rozbieżności i subiektywizmu w tego rodzaju ocenach, gdyż nie można ustalić do końca jednoznacznych kryteriów tego rodzaju oceny, którą mógłby się posłużyć każdy zainteresowany tym zagadnieniem podmiot (biegły czy organ procesowy) [1].

Prawidłowe określenie stopnia prawdopodobieństwa zaistnienia sytuacji niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu ma bardzo istotne znaczenie, gdyż im to prawdopodobieństwo jest wyższe, tym bardziej bezpośrednio jest niebezpieczeństwo zagrażające człowiekowi. Stopnie prawdopodobieństwa szacowane jako znikome czy niewielkie nie pozwalają na uznanie niebezpieczeństwa za konkretne, realne i bezpośrednie, zagrażające człowiekowi w najbliższym czasie, lecz co najwyżej za niebezpieczeństwo potencjalne czy abstrakcyjne, odległe w czasie, a więc które nie wyczerpuje znamion odpowiedzialności karnej za występki określony w art. 160 KK. Bezwzględnym warunkiem pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności jest spowodowanie sytuacji bezpośredniego narażenia na człowieka na utratę życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przymiotnik „bezpośredni” znaczeniowo rozumiany jest jako „nie mający ogniw pośrednich, dotyczący kogoś lub czegoś wprost”, „znajdujący się bardzo blisko, niczym nie podzielony” czy „w chwili następującej po czymś lub poprzedzającej coś, krótko przed kimś lub po kimś, zaraz, natychmiast” [1].

W doktrynie i orzecznictwie spotykane są poglądy traktujące bezpośredniość grożącego niebezpieczeństwa w sytuacjach, kiedy istnieje duże prawdopodobieństwo nastąpienia skutków w najbliższej chwili, kiedy niebezpieczeństwo grozi określonemu dobru natychmiast lub też, gdy naruszenie dobra ma charakter nieuchronny. Zgodnie z jednym z wyroków Sądu Najwyższego nie można zakwalifikować jako występków określonych w art. 160 § 1 lub § 3 KK działania sprawcy polegającego na wywołaniu niebezpieczeństwa, ale odległego w czasie, czy też niebezpieczeństwa zależnego od w istocie powstania dalszych przyczyn, które nie są koniecznym, lecz możliwym skutkiem działania sprawcy [5].

Istnieją jednak odmienne interpretacje pojęcia „bezpośredniości”, które negują konieczność czasowej bliskości skutku mającego nastąpić w wyniku sytuacji niebezpiecznej [6]. W ocenie bezpośredniości znaczenie ma natomiast okoliczność czy zachodzi sytuacja niewymagająca dla swojego dalszego rozwoju włączenia się w dany układ zdarzeń elementu dodatkowego, zwłaszcza podjęcia przez sprawcę jakiegokolwiek działania dynamizującego ten układ w wyższym stopniu [7]. Można więc uznać, że kryterium decydującym o bezpośredniości niebezpieczeństwa jest przede wszystkim stopień prawdopodobieństwa spowodowania negatywnego skutku dla zdrowia i życia człowieka, gdyż to właśnie stopień

prawdopodobieństwa określa możliwość nastąpienia skutku natychmiast, w najbliższym czasie. Pogląd ten jest akceptowany zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie [1]. Bezpośredniość niebezpieczeństwa syntetyczne zdefiniował M. Filar: „z bezpośredniością mamy do czynienia tam, gdzie wedle dającego się przewidzieć przebiegu przyczynowości istnieją wszelkie realne przesłanki do przyjęcia, że następstwa, o których mowa w przepisie, zrealizują się w ramach następnego ogniwa jej przebiegu. Nie muszą one być przy tym nieuchronne, lecz wysoce prawdopodobne” [8].

Występek określony w art. 160 § 1 KK rozgranicza narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia od narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast niebezpieczeństwo spowodowania naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia nie jest objęte treścią art. 160 KK. W zapisie analizowanego artykułu istnieje niejako znak równości między narażeniem człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, chociaż niewątpliwie bardziej szkodliwe społecznie jest narażenie utratę życia niż jedynie na ciężki uszczerbek na zdrowiu, co może być uwzględnione w wymiarze zasądzonej przez sąd kary dla sprawcy. Z punktu widzenia biegłego lekarza, opiniującego z pozycji *ex ante*, w wielu przypadkach możliwe jest rozgraniczenie czy sprawca swym czynem spowodował bezpośrednie niebezpieczeństwo jedynie dla życia, czy też tylko dla zdrowia człowieka. Wątpliwości mogą się pojawić w sytuacjach, gdy z pozycji *ex ante* nie jest możliwe rozstrzygnięcie czy w danym przypadku zaistniało niebezpieczeństwo dla życia, czy też dla zdrowia [1].

W przypadkach, gdy w wyniku działania sprawcy doszło do narażenia człowieka zarówno na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, jak i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (oba stany mogły nastąpić z porównywalnie wysokim prawdopodobieństwem), dokonywanie tego rodzaju rozgraniczeń nie jest konieczne. Jedynie w sytuacjach, gdy doszło „tylko” do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (z wysokim prawdopodobieństwem), a do niebezpieczeństwa utraty życia ze znacznie mniejszym prawdopodobieństwem, dokonanie takiego podziału w opinii biegłego jest jak najbardziej uzasadnione.

W opiniowaniu w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może pojawić się zasadne pytanie czy należy w każdym przypadku wskazać konkretną postać tego uszczerbku określoną kazuistycznie w art. 156 § 1 pkt. 1 i 2 KK, czy też wystarczające jest pozostanie przy ogólnikowym pojęciu ciężkiego

uszczerbku na zdrowiu. Analiza rodzajów ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wymienionych w art. 156 KK wskazuje, że nie zawsze jest możliwe wskazanie w sposób kategoryczny i nie budzący wątpliwości, na którą konkretnie postać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu narażało człowieka działanie sprawcy. Ponadto do zaopiniowania niektórych rodzajów ciężkiego uszczerbku na zdrowiu konieczne jest zastosowanie choćby oceny czasu trwania danego skutku (np. ciężka choroba długotrwała, trwała choroba psychiczna, całkowita lub znaczna trwała niezdolność do pracy w zawodzie), przez co te postacie uszczerbku nie mogą być wykorzystane racjonalnie (z sądowo-lekarskiego punktu widzenia) przy opiniowaniu w przedmiotowych sprawach. W przypadku innych rodzajów ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (np. innego ciężkiego kalectwa, choroby realnie zagrażającej życiu, pozbawienia człowieka wzroku) podanie konkretnego przykładu ciężkiego uszczerbku, który mógłby wystąpić z wysokim prawdopodobieństwem w danym przypadku, jest znacznie łatwiejsze. Oczwistym jest, że określenie, jakiego rodzaju negatywny skutek nastąpiłby w wyniku działania sprawcy, ma zawsze charakter hipotetyczny, gdyż nie jest możliwe empiryczne potwierdzenie stawianej tezy.

Odpowiedzialność karna za narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może być przypisana sprawcy, gdy okoliczności czynu i charakter spowodowanego przez sprawcę niebezpieczeństwa wskazywały na bardzo wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych ujemnych skutków dla życia i zdrowia człowieka, gdyby nie zaistniał inny dodatkowy czynnik, który sprawił, że ostatecznie do nastąpienia tego negatywnego skutku nie doszło [1]. Ustalenie przyczyny, która sprawiła, że nie nastąpił jednak negatywny dla zdrowia i życia skutek w postaci śmierci człowieka lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, rzadko kiedy jest rolą biegłego lekarza. Nie jest przecież zadaniem biegłego ocena intencji sprawcy czy też wskazywanie na nieudolność jego działania, co nie znaczy, że tego rodzaju pytanie nie może zostać zadane w tezie dowodowej postanowienia o powołaniu biegłego. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w sprawach dotyczących oceny prawidłowości postępowania personelu medycznego, biegły może wskazać, że lekarz lub inna osoba dobrowolnie uchyliła grożące niebezpieczeństwo (art. 160 § 4 KK), co przecież ma istotne znaczenie dla odpowiedzialności karnej (wyłączenie karalności sprawcy).

Narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest przedmiotem odpowiedzialności karnej zarówno w przypadku umyślnego, jak i nieumyślnego działania sprawcy. W przypadku umyślnego działania sprawcy powinien on mieć świadomość narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo i dążyć

do tego albo przewidując możliwość narażenia człowieka na wymienione skutki, godził się na to. Działając nieumyślnie, sprawca nie ma wprawdzie zamiaru wywołania niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia człowieka, jednak w wyniku niezachowania wymaganej w danej sytuacji ostrożności, zarówno w przypadku, gdy możliwość taką przewidywał, jak i nie przewidywał, lecz mógł przewidzieć, naraża on człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. „Umyślność narażenia” polega na tym, że zamiar sprawcy, zarówno bezpośredni, jak i ewentualny, jest ograniczony jedynie do spowodowania określonego skutku – sytuacji niebezpieczeństwa, powodującej bezpośrednie zagrożenie wywołania śmierci człowieka lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sprawca natomiast nie może dążyć do wywołania tych skutków (śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu), ani się godzić na ich wystąpienie, gdyż w takim przypadku jego zachowanie zostałoby zakwalifikowane jako usiłowanie zabójstwa lub usiłowanie przestępstwa określonego w art. 156 § 1 KK [1].

Art. 160 § 2 KK zawiera kwalifikowany typ przestępstwa narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sytuacji, gdy czyn ten zostaje popełniony przez sprawcę, na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną. Przestępstwo to może zostać popełnione zarówno przez działanie, jak i zaniechanie sprawcy, który jest w tym przypadku gwarantem zapobiegnięcia negatywnego skutku dla życia lub zdrowia człowieka. Obowiązek opieki nad osobą narażoną ciąży na sprawcy wynika z dobrowolnego przyjęcia na siebie funkcji gwaranta, np. w następstwie zawartej umowy, na mocy której sprawca zobowiązuje się sprawować opiekę nad inną osobą (nie musi to być umowa cywilno-prawna), na mocy orzeczenia sądowego kształtującego stosunek przysposobienia, powierzającego władzę rodzicielską nad dzieckiem rodzicowi lub rodzicom, ustanawiającego opiekę prawną nad małoletnim czy opiekę nad osobą całkowicie ubezwłasnowolnioną. Sprawowanie funkcji gwaranta może mieć charakter długotrwały lub doraźny [1]. Funkcję gwaranta pełni również lekarz (a także inni przedstawiciele zawodów medycznych) podczas opieki nad pacjentem, co warunkuje surowszą odpowiedzialność karną w sprawach błędów medycznych z art. 160 § 2 KK. Rosnąca liczba postępowań karnych dotyczących oceny postępowania personelu medycznego powoduje konieczność osobnego omówienia stanu narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w kontekście podejrzenia popełnienia błędu medycznego przez lekarza lub innego przedstawiciela zawodu medycznego pełniącego funkcję gwaranta, na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną.

1.4. Przestępstwo narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach dotyczących oceny postępowania personelu medycznego (błędy medyczne)

Odrębną, ale bardzo istotną kwestią, jest odpowiedzialność z art. 160 § 2 i 3 KK lekarza jako osoby będącej gwarantem zapobiegnięcia negatywnemu dla życia i zdrowia człowieka skutkowi, z racji posiadanych przez lekarza kwalifikacji i pełnionej funkcji (zajmowanego stanowiska). Odpowiedzialność ta dotyczy spraw tzw. błędów medycznych, prowadzonych nie tylko przeciwko lekarzom, lecz również przedstawicielom innych zawodów medycznych, przy czym znacznie rzadziej spotykane są przypadki podejrzenia popełnienia błędów przez ratowników medycznych, pielęgniarki, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych w porównaniu do lekarzy i lekarzy dentystów [9] [10].

Błąd medyczny to postępowanie sprzeczne z powszechnie przyjętymi zasadami aktualnej wiedzy medycznej. Według Nesterowicza kategoria błędu medycznego jest obiektywna, niezależna od konkretnej osoby czy okoliczności zdarzenia, które są istotne do ustalenia elementu winy lekarza (tzw. obiektywna teoria błędu medycznego). W orzecznictwie odróżnia się sprawy wynikające ze zwykłego niedbalstwa od tych, którym można przypisać przesłanki błędu medycznego [11].

Kodeks karny nie zawiera odrębnego uregulowania odpowiedzialności lekarza za błąd medyczny, a ściślej mówiąc za ujemne skutki wynikające z popełnienia błędu. Następstwa wadliwego wykonania procedur medycznych stanowią więc przesłankę kwalifikacji karnej czynu lekarza jako przestępstwa skutkowego. Odpowiedzialność karna za błąd medyczny jest oparta na zasadach ogólnych odpowiedzialności za przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu. Lekarz może podlegać odpowiedzialności karnej za błąd, jeśli postępując wbrew obowiązującym zasadom i aktualnej wiedzy (naruszając obowiązujące reguły ostrożności), doprowadził do powstania ujemnych dla zdrowia i życia chorego skutków (gdy możliwe jest przypisanie mu winy) [12]. Natomiast zachowanie lekarza, które nie naraża pacjenta na naruszenie dóbr prawnych nie wypełnia znamion jakiegokolwiek przestępstwa i nie może spowodować odpowiedzialności karnej. Dla przykładu samo postawienie błędnego rozpoznania nie stwarza takiego zagrożenia, dopóki w wyniku nieprawidłowej diagnozy lekarz nie podejmie niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną działań terapeutycznych [13].

Do przesłanek odpowiedzialności karnej lekarza należą więc: postępowanie sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną (błąd medyczny), ujemny skutek dla pacjenta (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

spowodowanie uszczerbku na zdrowiu, nieumyślne spowodowanie śmierci) oraz zaistnienie związku przyczynowego między postępowaniem lekarza a ujemnym skutkiem dla pacjenta [12]. Ustalenia czy lekarz miał możliwość postępowania zgodnie z zasadami wiedzy medycznej (z wymogami należytej ostrożności) dokonuje się *ex ante*, analizując jego warunki pracy, doświadczenie zawodowe, dostępne metody diagnostyki i leczenia, itp. [14].

Dla potrzeb odpowiedzialności karnej lekarza lub innego przedstawiciela zawodu medycznego za negatywne skutki dla pacjenta nie jest jednak konieczne posługiwanie się definicją błędu medycznego, lecz wystarczające jest ustalenie, że w konkretnej sytuacji doszło do naruszenia reguł postępowania chronionych prawnie, np. postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. W doktrynie i orzecznictwie nie ma jednoznacznej i powszechnie przyjętej definicji błędu medycznego, więc tym bardziej pojęcie to nie może być przesłanką samą w sobie do przypisania lekarzowi odpowiedzialności karnej [15].

Lekarz, z racji wykonywanego zawodu (również lekarz dentysta i inni członkowie personelu medycznego) ma kontakt z pacjentami, którzy z powodu choroby lub doznanych obrażeń, mogą znajdować się w stanie zagrożenia zdrowia i życia, o różnym charakterze tego niebezpieczeństwa (bezpośredniego, bardziej odległego w czasie czy też potencjalnego). Lekarz swym nieprawidłowym działaniem lub zaniechaniem w procesie diagnostyczno-terapeutycznym lub w zakresie profilaktyki, może zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia skutku w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1973 roku lekarz może odpowiadać karne za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta (w tym również za czyn określony w art. 160 KK) w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu w sztuce lekarskiej. Ustalenie takiego błędu zależy od odpowiedzi na pytanie czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji, z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Podobnie muszą być brane pod uwagę wszystkie realia określonego przypadku przy rozstrzyganiu o winie lekarza (w jakiegokolwiek postaci), polegającym na odtworzeniu rzeczywistego wewnętrznego procesu motywacyjnego na podstawie faktów zewnętrznych i właściwości osobistych sprawcy. Nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony *ex post* może być uznany *eo ipso* za błąd sztuki lekarskiej, który należy oceniać *ex ante*, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych

przez lekarzy stawiających diagnozę czy dostępnych dla innych przy odpowiednim staraniu [16].

Warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza – gwaranta z art. 160 § 2 i 3 KK jest obiektywne przypisanie mu skutku polegającego na narażeniu pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W tym celu konieczne jest ustalenie, że pożądane alternatywne zachowanie lekarza, stanowiące realizację ciążącego na nim obowiązku, zapobiegłoby skutkowi w postaci narażenia na niebezpieczeństwo pacjenta. Dla odpowiedzialności karnej z art. 160 KK drugorzędne znaczenie ma okoliczność czy lekarz – gwarant w wyniku zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego spowodował stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, mimo, że pacjent w takim stanie uprzednio się nie znajdował, czy też lekarz – gwarant swym działaniem lub zaniechaniem zdynamizował przebieg procesów chorobowych u pacjenta, zwiększając stopień zagrożenia dla jego życia lub zdrowia [1].

Odpowiedzialność karna z art. 160 KK zachodzi nie tylko w przypadkach, gdy osoba pokrzywdzona (pacjent) zostaje przeniesiona ze stanu bezpiecznego w stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, lecz również w sytuacjach, gdy pacjent już znajdujący się w stanie określonego niebezpieczeństwa zostaje przeniesiony działaniem lub zaniechaniem sprawcy w stan większego niebezpieczeństwa. Kwestią dyskusyjną pozostaje, jaki musi być stopień zwiększenia tego niebezpieczeństwa, gdy stan tego rodzaju istniał już przed postępowaniem sprawcy, aby możliwe było przyjęcie, że został wyczerpany skutek prawnokarny z art. 160 KK [15]. Wyrokiem z dnia 21 sierpnia 2012 roku Sąd Najwyższy określił, że kwestia, o jaką ewentualnie wartość zwiększony został stopień narażenia jest kwestią wtórną i może rzutować na rozmiar sankcji karnej [17].

W wielu przypadkach udowodnienie lekarzowi, że jego zachowanie naraziło pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest prostsze dla organu procesowego, niż przypisanie mu konkretnych negatywnych skutków zdrowotnych u chorego. Kwalifikacja z art. 160 KK jest więc dość często wykorzystywana przez organy procesowe w sprawach o błąd medyczny. Do przyjęcia zrealizowania się przestępstwa z tego artykułu niezbędne jest spowodowanie stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa (sprowadzenie na chorego zagrożenia dla zdrowia lub życia, zwiększenie już grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa, ewentualnie pozostawienie chorego w położeniu zagrażającym niebezpieczeństwem). Narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może wynikać zarówno z działania, jak i

zaniechania lekarza. Narażenie musi też być bezpośrednie, tj. niebezpieczeństwo musi wynikać wprost z położenia, w jakim znalazł się chory, bez konieczności zaistnienia innych przesłanek [14]. Postępowanie lekarza stanowić będzie błąd medyczny, jeżeli w chwili czynu lekarz mógł obiektywnie przewidzieć możliwość wystąpienia związanego ze swoim zachowaniem niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta. Do naruszenia ostrożności w postępowaniu personelu medycznego należą dwa elementy – obiektywna możliwość przewidzenia naruszenia dobra prawnego lub narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz zachowanie, które narusza regułę postępowania wobec dobra prawnego (postępowanie niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną) [12].

Generalną zasadą opiniowania w sprawach dotyczących błędów medycznych jest wymóg, by postępowanie personelu medycznego było oceniane z pozycji *ex ante*, czy w odniesieniu do konkretnej sytuacji, w której lekarz lub inny przedstawiciel zawodów medycznych się znajdował, co powinien i mógł wykonać w danej chwili, jakimi metodami diagnostycznymi i terapeutycznymi dysponował, czy była możliwość zasięgnięcia konsultacji specjalistycznej, itd. [18]. W orzecznictwie podkreślana jest niedopuszczalność dokonywania oceny postępowania lekarza *ex post*, czyli z uwzględnieniem wszystkich znanych okoliczności na dzień wydawania opinii czy orzekania o błędzie. Jedną z głównych kompetencji biegłych powołanych do opiniowania w sprawach dotyczących błędów medycznych jest ustalenie sprzeczności postępowania lekarza z zasadami aktualnej wiedzy medycznej [12].

1.5. Opiniowanie o narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia (art. 156 KK i art. 157 KK)

Zgodnie z doktryną i orzecznictwem podjęcie uszkodzenia ciała może być rozpatrywane dla różnego rodzaju negatywnych skutków dla zdrowia człowieka, które kodeks karny określa w różny sposób: jako ciężki uszczerbek na zdrowiu (art. 156 § 1 KK), naruszenie czynności narządu ciała (art. 157 KK) i rozstrój zdrowia (art. 157 KK). Pojęcia naruszenia czynności narządu ciała i rozstroju zdrowia stopniowane są natomiast w art. 157 KK na trwające „dłużej niż siedem dni” (art. 157 § 1 KK) i trwające nie dłużej niż siedem dni (art. 157 § 2 KK). Samo jednak określenie „uszkodzenie ciała” nie występuje w aktualnie obowiązującym kodeksie karnym, było jednak używane w obowiązujących kodeksach z lat 1932 i 1969. Pomimo tego faktu termin uszkodzenie ciała jest powszechnie używany w doktrynie i w orzecznictwie, z tego też względu został użyty w niniejszej dysertacji [1] [3].

W orzecznictwie nadal używane są wymiennie określenia „ciężki uszczerbek na zdrowiu” i „ciężkie uszkodzenie ciała” oraz „uszkodzenie ciała” i „naruszenie czynności narządu ciała”. Rozróżnia się jednak w doktrynie pojęcia „uszkodzenia ciała” jako naruszenie ciągłości tkanek, obrażenia narządów wewnętrznych, itp. oraz „rozstrój zdrowia” jako zaburzenie czynnościowe wywołane urazem lub innym szkodliwym dla zdrowia czynnikiem, powodujące objawy zakłócenia stanu fizycznego lub psychicznego ustroju [1]. Skutkiem działania sprawcy może być naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, możliwe jest wystąpienie obu wymienionych stanów, zarówno w przypadku współistnienia obrażeń z rozstrojem zdrowia somatycznego, jak i rozstrojem zdrowia psychicznego [19]. Istnienie nawet powierzchownych i lekkich obrażeń pozwala na obiektywizację subiektywnych skarg pokrzywdzonego mogących być skutkiem doznanego urazu i uznanie nastąpienia rozstroju zdrowia [20]. Tego samego rodzaju stanowisko może zostać użyte do zobiektywizowania rodzaju doznanego urazu lub urazów w kontekście narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W kwalifikacji karnej przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu możliwy jest kumulatywny zbieg przestępstw umyślnego narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 1 – 2 KK) oraz przestępstwa umyślnego spowodowania naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia (art. 157 § 1 lub § 2 KK). Konstrukcja ta jest możliwa na gruncie prawa karnego z powodu różnic zakresu prawnokarnej ochrony realizowanej przez te przepisy, z których art. 160 KK chroni nie tylko zdrowie, jak art. 157 KK, lecz również życie. Podobna sytuacja może nastąpić także w przypadku, gdy sprawca działa nieumyślnie, zarówno w przypadku narażenia, jak i spowodowania naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia. Inną możliwą formą kumulatywnego zbiegu przepisów jest zaistnienie umyślnego narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 1 – 2 KK) przy jednoczesnym nieumyślnym spowodowaniu tego rodzaju skutków (art. 155 lub art. 156 § 2 KK). Fakt nieumyślnego spowodowania negatywnego skutku dla zdrowia lub życia nie wyłącza odpowiedzialności za wcześniejsze spowodowanie przez sprawcę sytuacji niebezpiecznej, która do takich skutków doprowadziła [1] [3].

Osobnego wyjaśnienia wymaga szczególna postać ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zawarta w art. 156 § 1 pkt. 2 KK w postaci choroby realnie zagrażającej życiu. Stan ten dotyczy newralgicznych dla zdrowia i życia człowieka układów i narządów (np. układ krążenia, oddechowy, ośrodkowy układ nerwowy), jego wywołanie może spowodować ustanie

czynności tych układów, a dynamiczny przebieg tej choroby, nieprzerwany działaniem medycznym, będzie prowadził do zgonu. Opiniując w kategoriach tej postaci ciężkiego uszczerbku należy wykazać przesłanki realnego zagrożenia życia, a więc stanu, który nieuchronnie prowadziłby do śmierci pokrzywdzonego, gdyby nie przerwanie go interwencją lekarską [21]. Problematyczne pozostaje czy biegły wskazując w opinii na wystąpienie u osoby pokrzywdzonej choroby realnie zagrażającej życiu powinien w ogóle zajmować się opiniowaniem odnośnie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, jeśli stan zagrożenia życia w rzeczywistości zrealizował się „tu i teraz” na skutek działania sprawcy. Pomimo kontrowersji w tym zakresie i stanowiska niektórych medyków sądowych, że wskazanie stanu choroby realnie zagrażającej życiu „zwalnia” biegłego od rozważań na temat narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, organy procesowe formułują pytania dotyczące narażenia również w sprawach, gdy nastąpiła choroba realnie zagrażająca życiu w rozumieniu art. 156 § 1 pkt. 2 KK. Z uwagi na fakt, że kwalifikacja karna czynu nie należy do biegłego, lecz do organu procesowego, zdaniem autora, biegły nie powinien wyręczać zlecniodawcy opinii w kwalifikacji karnej czynu, a udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w sytuacji zrealizowania się ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci choroby realnie zagrażającej życiu nie może być traktowane jako uchybienie zasadom opiniowania sądowo-lekarskiego.

1.6. Przestępstwo usiłowania zabójstwa w kontekście opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

Wśród przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu wyszczególnić należy szczególną formę zbrodni, jaką jest usiłowanie zabójstwa (art. 13 § 1 i 2 KK), na który zgodnie z doktryną składają się cztery znamiona:

- zamiar popełnienia czynu zabronionego (zamiar bezpośredni i zamiar ewentualny),
- zachowanie się, które zmierza do dokonania czynu zabronionego,
- bezpośrednie zmierzanie ku dokonaniu czynu zabronionego,
- nienastąpienie dokonania [1].

Problemy prawne powodują sytuacje, gdy z przyczyn niezależnych od sprawcy skutek śmiertelny nie nastąpił, doszło natomiast do spowodowania uszkodzenia ciała określonego w art. 156 § 1 lub art. 157 § 1 KK. Innym problematycznym zagadnieniem, zwłaszcza w opiniowaniu sądowo-lekarskim, jest sytuacja, w której sprawca dobrowolnie odstąpił od czynu zabójstwa, w przebiegu której nie doszło do uszkodzenia ciała [1].

Jednym z zadań biegłego w przypadku opiniowania w sprawach dotyczących usiłowania zabójstwa jest ocena czy określone działanie sprawcy (np. zadanie urazu nożem, postrzał z broni palnej, itd.) wyczerpuje znamiona narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, z naciskiem na ocenę znacznego prawdopodobieństwa utraty życia. Opiniowanie w tym zakresie nie różni się więc merytorycznie od opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała, mimo że zbrodnia usiłowania zabójstwa należy do najcięższych przestępstw w kodeksie karnym. Analiza intencji działania sprawcy i ocena jego zachowania nie należą natomiast do kompetencji biegłego z zakresu medycyny sądowej.

1.7. Narażenie na zakażenie wirusem HIV, chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu – art. 161 § 1 i 2 KK

Odpowiedzialności karnej podlega narażenie bezpośrednie innej osoby na zakażenie wirusem HIV (art. 161 § 1 KK) oraz narażenie bezpośrednie innej osoby na zakażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu (art. 161 § 2 KK) [3]. Odpowiedzialność za występki określone w art. 161 § 1 i 2 KK zachodzi wyłącznie w sytuacjach umyślnego ich popełnienia. Wątpliwości interpretacyjne budzi natomiast użyty w tym artykule zwrot „bezpośrednio naraża”, który różni się istotnie od użytego w art. 160 KK sformułowania „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo”. W przypadku art. 161 KK niebezpieczeństwo wynika ściśle z zachowania sprawcy, który bezpośrednio naraża inną osobę na zarażenie wirusem HIV lub jedną z chorób wymienionych w § 2 tego artykułu. Natomiast o bezpośredniości niebezpieczeństwa w rozumieniu art. 160 KK przesądza charakter zdarzenia, które wywołał sprawca, a zdarzenie to może też rodzić własne bezpośrednie niebezpieczeństwo, a nie okoliczność, że sprawca w sposób autonomiczny swym postępowaniem wykreował to niebezpieczeństwo wprost i natychmiast [1].

W interpretacji działania sprawcy w rozumieniu art. 161 KK niezbędne jest posługiwanie się wiedzą medyczną dotyczącą dróg zakażenia wirusem HIV, chorób przenoszonych drogą płciową oraz chorób zakaźnych mogących stanowić zagrożenie dla życia. Użyty w przepisie termin „choroba weneryczna” jest niewątpliwie anachronizmem z medycznego punktu widzenia. Rozróżnienie na „choroby weneryczne” i „choroby zakaźne” w świetle obowiązującego stanu prawnego oraz aktualnej wiedzy medycznej nie znajduje wystarczającego merytorycznego uzasadnienia [1] [22]. Podmiotem przestępstwa z art. 161 §

1 KK może być tylko osoba zarażona wirusem HIV, natomiast podmiotem przestępstwa z art. 161 § 2 KK jest tylko osoba dotknięta chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu [23].

Problemy interpretacyjne może też powodować użyty w art. 161 § 2 KK termin „ciężkiej choroby nieuleczalnej”, który można zdefiniować za T. Marcinkowskim jako poważny proces patofizjologiczny, który nie ustępuje w ogóle pod wpływem leczenia [24]. Choroba nieuleczalna nie musi wystąpić bezpośrednio po urazie, jej przebieg nie musi być ostry, a pierwsze objawy mogą wystąpić w czasie odległym od zdarzenia będącego przedmiotem odpowiedzialności karnej sprawcy. Opierając się na interpretacji ciężkiej choroby nieuleczalnej jako postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 156 § 1 pkt. 2 KK, można stwierdzić, że choroba taka ma przede wszystkim charakter pourazowy, a nie związany z zakażeniem drobnoustrojem, tak więc pomimo identycznego brzmienia, pojęcie „ciężkiej choroby nieuleczalnej” w rozumieniu art. 156 § 1 pkt. 2 KK i art. 161 § 2 KK nie wydaje się być tożsame. Nie jest łatwe również przytoczenie dobrego przykładu takiej choroby, będącej wynikiem zakażenia innej osoby przez sprawcę, gdyż choroba taka musi być zarówno nieuleczalna, jak i ciężka ze względu na jej przebieg, objawy, stopień dolegliwości odczuwanych przez chorego [1].

Użyty w art. 161 § 2 KK termin „choroby realnie zagrażającej życiu” również budzi wątpliwości interpretacyjne. Odwoływanie się do definicji choroby realnie zagrażającej życiu jako ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 156 § 1 pkt. 2 KK nie jest zasadne, gdyż ten rodzaj uszczerbku odnosi się do stanów pourazowych, a nie spowodowanych zakażeniem czynnikiem patogennym. Ponadto sprawcą występku określonego w § 2 może być wyłącznie osoba dotknięta chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, co nie wydaje się być regulacją do końca właściwą, gdyż narażenie na zakażenie chorobą zakaźną mogą przecież osoby, które nie są nimi zakażone, tak więc przepis ten w sposób nieuzasadniony ogranicza odpowiedzialność karną tylko dla osób, które są już zakażone wirusem HIV (§ 1) lub inną chorobą wymienioną w § 2 [1].

Pojęcie osoby „dotkniętej” chorobą użyte w art. 161 KK nie znajduje precyzyjnego odzwierciedlenia w terminologii medycznej, gdyż w Ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi używa się terminów takich, jak: „nosiciel”, „podejrzany o chorobę zakaźną”, „podejrzany o zakażenie”, „osoba chora na chorobę zakaźną”, „osoba zakażona”, „osoba narażona na zakażenie”. Można więc przyjąć, że spośród wymienionych kategorii dyspozycje art. 161 § 2 KK spełniają te osoby, które mogą rzeczywiście bezpośrednio

narazić innego człowieka na zakażenie chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, a więc mających objawy choroby zakaźnej potwierdzone odpowiednią diagnozą lub nosicieli choroby, a pozostałe kategorie, z wyżej wymienionych, byłyby wyłączone z odpowiedzialności z art. 161 KK [1] [22].

Występki określone w art. 161 § 1 i 2 KK należą wyłącznie do przestępstw umyślnych, z wyraźnie podkreślonym elementem świadomości sprawcy, który w chwili popełnienia czynu wie, że jest zarażony wirusem HIV albo że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu. Odpowiedzialność karna z rozpatrywanego artykułu zachodzi w przypadku równoczesnego spełnienia dwóch warunków: obiektywnego w postaci zakażenia wirusem HIV lub innymi patogenami mogącymi wywołać choroby wymienione w § 2 (potwierdzonego wynikami badań mikrobiologicznych) oraz warunku subiektywnego – świadomości sprawcy zakażenia wirusem HIV lub chorobą zakaźną. Sprawca musi być nie tylko świadomy swej choroby, lecz musi podjąć również czynności związane z jej przeniesieniem na inną osobę, musi więc znać drogi przenoszenia danej choroby zakaźnej i związane z tym konsekwencje [1].

1.8. Przestępstwo bójki lub pobicia – narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1 KK (art. 158 § 1 KK)

Bójka definiowana jest w doktrynie jako starcie co najmniej trzech osób, z których każda występuje równocześnie w roli atakującego i broniącego się. Pobicie to natomiast czynna napaść dwóch lub więcej napastników na jedną lub więcej osób. W przypadku pobicia jedna strona jest przeważająca (atakuje), a druga strona się broni (pokrzywdzeni). W bójce wszyscy uczestnicy zdarzenia występują zarówno w roli atakujących, jak i atakowanych [23]. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 czerwca 2010 roku sprawcy pobicia odpowiadają karnie niezależnie od tego, czy można ustalić, który z nich spowodował konkretne następstwa dla zdrowia i życia, ale pod warunkiem, że każdy z nich przewidywał możliwość ich nastąpienia albo mógł i powinien był to przewidzieć [25].

Branie udziału w bójce zwykle rozumiane jest jako przejaw czynnej agresji, jednakże przepis art. 158 § 1 KK nie określa jednak bliżej sposobu udziału konkretnych osób w bójce lub pobiciu [23]. Ten sam wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 czerwca 2010 roku wskazuje, że pobicie może być każdą formą świadomego współdziałania uczestników zdarzenia, a w jego ramach każdy środek użyty do ataku na inną osobę (inne osoby), jeżeli

wspólne działanie sprawców powoduje narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku wskazanego w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1 KK. Do przypisania udziału sprawcy w pobiciu nie jest konieczne udowodnienie, iż zadał on pokrzywdzonemu lub pokrzywdzonym cios w postaci uderzenia, kopnięcia, itp., a wystarczające jest świadome połączenie działania jednego ze sprawców z działaniem drugiego człowieka lub większej grupy osób przeciwko innemu człowiekowi lub grupie osób [25].

Branie udziału w bójce lub pobiciu może więc polegać na zadawaniu uderzeń pięścią, różnymi narzędziami, uderzaniu głową, kopaniu obutą stopą, kolaniem, popychaniu, przepychaniu się, szarpaniu za odzież, ale nawet również na podejmowaniu zachowań agresywnych (np. przytrzymywanie czy obezwładnianie pokrzywdzonego, zagrzewanie do walki, wznoszenie agresywnych okrzyków, udzielanie wskazówek dotyczących zadawanych urazów przez innych uczestników, blokowanie drogi ucieczki, itp.) [26]. Przedmiotem analizy bójki lub pobicia przez biegłego lekarza mogą być natomiast jedynie sytuacje, w których uczestnicy zdarzenia zadawali urazy (sobie wzajemnie lub pokrzywdzonym) oraz istnieją skutki tych działań w postaci obrażeń, które pozwalają na obiektywizację narażenia. Osobą, której w przebiegu bójki lub pobicia dobro zostało naruszone lub narażone nie musi być jedynie uczestnik bójki czy osoba pokrzywdzona na skutek pobicia, lecz każdy inny człowiek zaangażowany w zdarzenie, np. osoba interweniująca, próbująca rozdzielić uczestników zdarzenia, przechodzień, który przypadkowo ucierpiał w wyniku zajścia [26].

Skutkiem przestępstwa materialnego określonego w art. 158 § 1 KK jest narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia średniego lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Dla zaistnienia przestępstwa nie jest konieczne spowodowanie u uczestników lub pokrzywdzonych obrażeń ciała, lecz wywołanie stanu narażenia na niebezpieczeństwo konkretne [23] [26]. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego do dokonania oceny czy nastąpiło bezpośrednie niebezpieczeństwo nie jest konieczne przeprowadzenie badania lekarskiego osoby pokrzywdzonej, jeśli sąd dysponuje innymi wiarygodnymi dowodami odnośnie charakteru działania i stopnia agresywności zachowania oskarżonych [27]. Istnieją jednak w doktrynie głosy wskazujące, że w wyroku skazującym powinien zostać dokładnie określony i prawidłowo ustalony rodzaj grożącego skutku bójki lub pobicia [26]. W takim przypadku opinia biegłego lekarza może być kluczowa dla organu procesowego.

Skutkiem przestępstwa z art. 158 § 1 KK jest więc wywołanie stanu konkretnego narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo. Podobnie jak przypadku art. 160 KK pojęcie

niebezpieczeństwa opiera się na prawdopodobieństwie, tak więc celem opinii wydanej przez biegłego lekarza może być próba ustalenia stopnia prawdopodobieństwa nastąpienia ujemnego skutku dla zdrowia i życia w wyniku określonego działania sprawców. Można posłużyć się następującymi formułami: prawdopodobieństwo graniczące z pewnością, nastąpienie skutku ujemnego musi być bardziej prawdopodobne niż jego niewystąpienie, itp. Niebezpieczeństwo można natomiast uznać za bezpośrednie, jeśli ujemny skutek – utrata życia, ciężki uszczerbek na zdrowiu, uszkodzenie ciała trwające dłużej niż siedem dni – może nastąpić w najbliższej przyszłości lub gdy zachodzi bardzo wysokie prawdopodobieństwo nastąpienia negatywnych skutków, ewentualnie gdy niebezpieczeństwo to zagraża wprost, bez dalszego działania ze strony sprawcy (nieuchronność zdarzenia). Należy również podkreślić, że odpowiedzialność karna z art. 158 KK zachodzi wtedy, gdy istnieje bezpośrednie niebezpieczeństwo nastąpienia co najmniej skutku z art. 157 § 1 kk. Spowodowanie obrażeń ciała jest natomiast uznawane w orzecznictwie jako dowód zaistnienia określonego w art. 158 § 1 KK niebezpieczeństwa [26].

Przykładem może być stanowisko Sądu Najwyższego, który uznał, że obrażenia okolicy oczodołowej (siniec, obrzęk powiek), wskazują, że tego typu uraz oka, będącego narządem wrażliwym na urazy mechaniczne stanowi z reguły wystarczającą podstawę do przyjęcia, że zaistniało realne prawdopodobieństwo spowodowania uszkodzenia narządu wzroku, co przemawia za narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia [28]. W obecnym stanie prawnym, według A. Zolla obrzęk okolicy oczodołu stanowi wystarczającą przesłankę do przyjęcia występowania narażenia na nastąpienie skutku określonego w art. 157 § 1 KK [29]. W orzecznictwie przyjmowano np., że kopanie w brzuch naraża na spowodowanie obrażeń narządów jamy brzusznej, które mogą być śmiertelne. Podobnie kopanie w głowę może wywołać uszkodzenie struktur wewnątrzczaszkowych, które może prowadzić do śmierci. Istnieją jednak w doktrynie stanowiska odmienne, według których bójka lub pobicie mogą zostać uznane za niebezpieczne, nawet gdy w ich przebiegu nie spowodowano żadnych następstw dla pozostałych uczestników czy pokrzywdzonych, a doszło jedynie do naruszenia nietykalności cielesnej [26].

1.9. Udział w bójce lub pobiciu z użyciem broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu - art. 159 KK

Przestępstwo z art. 159 KK, sankcjonujące użycie narzędzia niebezpiecznego w bójce lub pobiciu, jest zaliczane do przestępstw zagrożenia abstrakcyjnego, ponieważ stwierdzenie konkretnego niebezpieczeństwa nie jest w nim konieczne, a o karalności decyduje samo

popęlnienie określonego w przepisie czynu, a do odpowiedzialności za ten czyn nie musi być udowodnione w konkretnym przypadku powstanie niebezpieczeństwa. Istnieje swego rodzaju domniemanie, że udział w bójce lub pobiciu z użyciem niebezpiecznego narzędzia z reguły powoduje bezpośrednie i konkretne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia człowieka. Jeśli więc chociaż jeden z uczestników bójki lub pobicia używa broni palnej, noża lub innego niebezpiecznego narzędzia, to zdarzenie to ma charakter niebezpieczny. Natomiast stopień prawdopodobieństwa wystąpienia negatywnego skutku dla zdrowia i życia człowieka jest znacznie wyższy, niż w przypadku czynu określonego w art. 158 § 1 KK. Przestępstwo z art. 159 należy do przestępstw formalnych – bezskutkowych, jest typem kwalifikowanym czynu w stosunku do przestępstwa z art. 158 § 1 KK. Przestępstwo z art. 159 kk może być popełnione jedynie umyślnie i z zamiarem bezpośrednim [26] [29].

Użycie broni palnej lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu nie musi być skuteczne, nie musi wywoływać negatywnych dla życia i zdrowia człowieka skutków. Tak więc sprawą drugorzędną z punktu widzenia odpowiedzialności z art. 159 KK jest okoliczność czy osoba pokrzywdzona doznała obrażeń ciała. Wystarczające jest, że w wyniku użycia niebezpiecznego narzędzia stworzony został stan bezpośredniego zagrożenia [26]. Broń palna jest definiowana jako urządzenie, w którym sprężone gazy, powstałe podczas spalania się materiału miotającego wyrzucają pocisk z lufy lub elementu ją zastępującego, posiadającego zdolność rażenia celów na odległość i mogącej powodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego [30]. Nóż definiowany jest w doktrynie jako narzędzie o krótkiej rękojeści i krótszym lub dłuższym ostrzu, którym mogą być zadawane ciosy powodujące naruszenie ciągłości tkanek, a nawet śmierć pokrzywdzonego. W orzecznictwie i w systemie prawa karnego nóż traktowany jest jako narzędzie „śmiercionośne” równorzędne z bronią palną [26].

Inny podobnie niebezpieczny przedmiot w rozumieniu art. 159 KK, którego sprawa może używać w czasie bójki lub pobicia, powinien mieć właściwości podobnie niebezpieczne, jak broń palna lub nóż. Może więc to być wyłącznie takie narzędzie, którego użycie zgodnie z wykorzystaniem jego naturalnych właściwości stwarza niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia człowieka porównywalne z niebezpieczeństwem wynikającym z użycia broni palnej lub noża. W orzecznictwie sądowym za przedmioty niebezpieczne uznawano jednak szeroką grupę narzędzi, a nawet zwierzęta, m.in. rozbitą butelkę (tzw. tulipan), psa niebezpiecznej rasy, gumową pałkę podobną do policyjnej, trzonek od siekiery, kastet z przymocowanym ostrzem noża [23].

Sąd Najwyższy określił kryteria, jakie powinien spełniać inny niebezpieczny przedmiot:

- właściwości takie jak ostrość, twardość, masa, właściwości żrące lub toksyczne, możliwość wyrzutu, przenoszenia znacznej energii,
- możliwość wywołania skutku w postaci śmierci człowieka,
- realne zagrożenie wywołane użyciem przedmiotu porównywalne z użyciem broni palnej lub noża [31].

W kontekście powyższych rozważań mogłoby wydawać się, że rola biegłego z zakresu medycyny sądowej w sprawach kwalifikowanych z art. 159 KK powinna być marginalna. Doświadczenia autora wskazują, że organy procesowe zlecają wydanie opinii sądowo-lekarskiej również w sprawach bójki lub pobicia z użyciem broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu, podobnie jak w przypadku postępowań z art. 158 § 1 KK. Biegły powinien więc w takich przypadkach przeanalizować działanie sprawców pobicia lub uczestników bójki pod kątem stopnia niebezpieczeństwa użytego podczas zdarzenia narzędzia i skutków dla zdrowia i życia, jakie spowodowało lub mogło spowodować użyte narzędzie. Zdarzają się również przypadki, w których organ procesowy dostarcza biegłemu samo narzędzie zabezpieczone na miejscu zdarzenia w celu oceny czy wyczerpuje ono kryteria „innego niebezpiecznego przedmiotu.”. Zasadność wydawania przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej tego rodzaju opinii jest co najmniej dyskusyjna.

1.10. Przestępstwo nieudzielenia pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – art. 162 KK

Art. 162 KK odnosi się do przestępstwa formalnego z zaniechania, polegającego na nieudzieleniu pomocy człowiekowi znajdującemu się w sytuacji bezpośrednio zagrażającej utratą życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [1]. Podmiotem przestępstwa z art. 162 KK może być każdy, jest to więc przestępstwo powszechne [23]. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2000 roku odpowiedzialność karną z art. 162 § 1 KK może ponieść lekarz wtedy, gdy nie ciążył na nim obowiązek troszczenia się o osobę zagrożoną. Jeżeli lekarz w danej sytuacji był tzw. gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej, to odpowiedzialność karną należy rozważać na płaszczyznach art. 160 § 2 lub 3 KK [32].

Odpowiedzialność karna za przestępstwo z art. 162 KK ciąży na sprawcy, który nie udziela pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie stanowi natomiast przestępstwa nieudzielenie pomocy człowiekowi, który zagrożony jest wystąpieniem co

najwyżej średniego uszczerbku na zdrowiu (określonego w art. 157 § 1 KK) lub w sytuacji, gdy udzielający pomocy, podejmując działania ratunkowe, sprowadzałby swym działaniem poważne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia własnego albo innej osoby, np. pozostającej pod jego opieką [23]. Przestępstwo z art. 162 § 1 KK może być popełnione tylko umyślnie [33].

Istnieje jednak ryzyko błędnej oceny stanu osoby pokrzywdzonej wymagającej udzielenia pomocy jako pozornie niegroźnego i tym samym odstąpienie od udzielenia pomocy, mimo iż faktycznie stan pokrzywdzonego był poważniejszy, co okazało się dopiero w późniejszym okresie. Odpowiedzialność karna takiej osoby, która błędnie oceniła stan pokrzywdzonego jako dobry, opierając się na przesłankach obiektywnych, nie powinna zachodzić z art. 162 KK, jeśli osoba ta nie mogła przewidzieć, że pokrzywdzony znajdował się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem doznania utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Natomiast udzielenie pomocy niewystarczającej, mogące stanowić podstawę odpowiedzialności karnej z art. 162 § 1 KK zachodzi w przypadku, kiedy sprawca nie wykorzystał wszelkich dostępnych i możliwych do użycia środków, pomimo że miał on świadomość istnienia tego rodzaju środków służących do udzielania pomocy [34].

Zapisy art. 162 KK wykazują pewne podobieństwo do art. 160 KK w zakresie użytych w obu artykułach zwrotów, lecz w przypadku obu przepisów istnieją zasadnicze różnice. W przypadku art. 160 KK sprawca odpowiada za spowodowanie swoim zachowaniem sytuacji niebezpiecznej, w odniesieniu do art. 162 KK odpowiada za nieudzielenie pomocy człowiekowi, który znalazł się w takiej sytuacji, lecz on sam takiego stanu nie spowodował. Liczba osób znajdujących się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem doznania utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie ma znaczenia dla przyjęcia odpowiedzialności z art. 162 KK (mimo że w treści przepisu użyte jest słowo „człowiek”). Przestępstwo to może zostać popełnione tylko umyślnie. Możliwy jest kumulatywny zbieg przestępstw z art. 160 § 3 i art. 162 § 1 KK w sytuacji, w której sprawca naraził nieumyślnie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a następnie, mając świadomość tego, że człowiek ten znalazł się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem doznania takich skutków, nie udzielił mu pomocy. W przypadku gdy sprawca spowoduje u człowieka stan narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu działaniem umyślnym (np. spowoduje u niego obrażenia ciała), a następnie pozostawi go w takim położeniu bez udzielenia pomocy, to w takim przypadku nieudzielenie pomocy nie będzie stanowić odrębnego przestępstwa, lecz tylko okoliczność obciążającą [1].

Art. 162 KK nakłada powszechny obowiązek niesienia pomocy, który ciąży na każdym, kto jest świadomy zaistnienia sytuacji, w której inny człowiek znalazł się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem doznania utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Obowiązek ten powstaje w chwili uświadomienia sobie przez sprawcę, że inna osoba znajduje się w stanie zagrożenia zdrowia lub życia i istnieje przez cały czas trwania tego zagrożenia. O popełnieniu przestępstwa decyduje zachowanie sprawcy, który świadomy istnienia zagrażającej życiu lub zdrowiu innego człowieka sytuacji zachowuje się biernie, tj. nie podejmuje żadnych działań, który mogłyby uchylić lub zmniejszyć to zagrożenie. Nieudzielenie pomocy polega więc na zaniechaniu przez sprawcę podjęcia jakichkolwiek działań ratunkowych wobec uświadomionej sytuacji, że inny człowiek znajduje się w położeniu wymagającym udzielenia pomocy. Zakres udzielonej pomocy powinien być adekwatny do istniejącego zagrożenia, posiadanych kwalifikacji i umiejętności, a także pozostających w dyspozycji środków umożliwiających udzielenie takiej pomocy [1].

Osobnego omówienia wymaga problem nieudzielenia pomocy przez lekarza, który z racji wykonywanego zawodu jest gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej. Nie można jednak mówić o lekarzu – gwarancie w każdej sytuacji życiowej, np. gdy lekarz idzie ulicą, przebywa w miejscu zamieszkania czy jedzie samochodem. W sytuacjach ulicznych, przypadkowych lekarz ma obowiązek udzielić pomocy w miarę posiadanych możliwości i umiejętności, a więc w praktyce ograniczając się do podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS). Należy jednak zauważyć, że art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty literalnie nie daje lekarzowi możliwości odstąpienia od udzielenia pomocy w sytuacji, gdy jego życie byłoby zagrożone w odróżnieniu od art. 162 KK, który możliwość taką przewiduje [14] [35] [36].

Kodeks karny nie zawiera osobnego przepisu dotyczącego przestępstwa nieudzielenia pomocy przez lekarza, tak więc podstawą odpowiedzialności karnej lekarza za zaniechanie udzielenia pomocy może stanowić art. 162 § 1 KK, podobnie jak w przypadku każdego innego człowieka. Istnieją jednakże poglądy, że jeśli pomocy takiej udziela lekarz, to podjęte przez niego czynności winny być prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną [34]. W praktyce opiniodawczej rzadko spotyka się sprawy przeciwko lekarzom kwalifikowane z art. 162 § 1 KK. Postępowania takie dotyczą w większości tzw. laików, a więc osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej.

1.11. Wybrane aspekty art. 163 KK i 165 KK w kontekście opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

Artykuł 163 KK penalizuje spowodowanie zdarzenia, które zagraża życiu lub zdrowiu wielu osób albo mienia w wielkich rozmiarach, mające postać: pożaru (pkt. 1); zawalenia się budowli, zalewu albo obsunięcia się ziemi, skał lub śniegu (pkt. 2); eksplozji materiałów wybuchowych lub łatwopalnych albo innego gwałtownego wyzwolenia energii, rozprzestrzenienia się substancji trujących, duszących lub parzących (pkt. 3) [3].

Pod pojęciem pożaru rozumie się ogień, który rozprzestrzenił się z siłą żywiołową, o dużym zasięgu, który spowodował znaczne szkody w mieniu i który powoduje zagrożenie dla życia lub zdrowia albo mienia wielkich rozmiarów. Pożar musi obejmować kilka obiektów lub jeden obiekt większych rozmiarów. Zawalenie się budowli w doktrynie dotyczy zniszczenia konstrukcji budowlanej znacznych rozmiarów (np. budynek, most), choć w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że może to dotyczyć również części budynku. Zaostrzona kara występuje w przypadku, gdy zdarzenie o cechach powszechnego niebezpieczeństwa doprowadzi do śmierci człowieka lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wielu osób. Do poniesienia odpowiedzialności z art. 163 § 1 KK nie jest konieczne wystąpienie w postaci śmierci lub uszczerbku na zdrowiu, lecz narażenie na tego rodzaju skutek, pod warunkiem, iż zagrożenie to dotyczy wielu osób [29] [37] [38].

Art. 165 KK dotyczy spowodowania niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach, powodując zagrożenie epidemiologiczne lub szerzenie się choroby zakaźnej albo zarazy zwierzęcej lub roślinnej (pkt. 1); wyrabiając lub wprowadzając do obrotu szkodliwe dla zdrowia substancje, środki spożywcze lub inne artykuły powszechnego użytku lub też środki farmaceutyczne nie odpowiadające warunkom jakości (pkt. 2); powodując uszkodzenie lub unieruchomienie urządzenia użyteczności publicznej, w szczególności urządzenia dostarczającego wodę, światło, ciepło, gaz, energię albo urządzenia zabezpieczającego przed nastąpieniem niebezpieczeństwa powszechnego lub służącego do jego uchylecia (pkt. 3) [3].

Niebezpieczeństwo w przypadku art. 165 KK nie musi być bezpośrednie, lecz realne i konkretne, nie jest wystarczający jednak stan abstrakcyjnego zagrożenia. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego nie jest konieczne wywołanie epidemii, lecz wystarczające jest stworzenie realnego niebezpieczeństwa jej wybuchu lub ekspansji danej choroby w formie epidemii [29] [37] [38].

Analiza treści art. 163 i 165 KK wskazuje, że rola biegłego lekarza w opiniowaniu w przypadku tego rodzaju przestępstw może być ograniczona. Rolą biegłego najczęściej jest analiza stopnia niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia wielu osób na skutek konkretnego działania sprawcy, np. spowodowania pożaru, wprowadzenia do obrotu mięsa zarażonego włośnicą, wprowadzenia do obrotu szkodliwych dla zdrowia substancji, spowodowania masowego zatrucia pokarmowego, szerzenia się choroby zakaźnej, skutków katastrofy budowlanej, itp. W takich przypadkach, wymagających wiadomości specjalnych z dziedziny nauk medycznych, jedynie biegły medyk jest w stanie ocenić czy określone zachowanie sprawcy spowodowało realne i konkretne, a nie tylko abstrakcyjne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób.

1.12. Narażenie pracownika na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (wypadek przy pracy – art. 220 § 1 KK)

Opiniowanie w sprawach karnych dotyczących wypadków przy pracy polega na ocenie skutków prawno-karnych obrażeń doznanych w wyniku zdarzenia oraz stwierdzeniu czy w przebiegu wypadku doszło do narażenia pracownika na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Zgodnie z art. 3. pkt. 1. Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą:

- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
- 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy [39].

W art. 220 KK dobrem chronionym jest prawo pracownika do świadczenia pracy w warunkach gwarantujących bezpieczeństwo i higienę, a dobrem chronionym ubocznym jest życie i zdrowie pracownika. Działanie sprawcy występku z art. 220 KK polega na niedopełnieniu obowiązku wynikającego z odpowiedzialności za bezpieczeństwo i higienę pracy. Przestępstwo to może więc być popełnione przez zaniechanie, z winy umyślnej i nieumyślnej. Skutkiem tego przestępstwa jest natomiast narażenie pracownika na bezpośrednie

niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Podmiotem przestępstwa może być z kolei osoba odpowiedzialna za bezpieczeństwo i higienę pracy, nie tylko pracodawca, lecz również osoby kierujące pracownikami, a także osoby pełniące funkcje kontrolne i nadzorcze z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, które odpowiedzialne są za stworzenie bezpiecznych i higienicznych warunków świadczenia pracy, zarówno poprzez podejmowanie określonych czynności faktycznych, jak i organizacyjnych [23] [29] [37].

Z punktu widzenia opiniowania sądowo-lekarskiego wypadki przy pracy, w wyniku których pokrzywdzeni doznali obrażeń ciała, nie stwarzają większych problemów opiniodawczych, o ile znane są okoliczności przebiegu wypadku [40]. Znacznie trudniejszym zagadnieniem w opiniowaniu są nagłe zachorowania w miejscu pracy, przy czym w analizowanym materiale nie były zawarte opinie, które dotyczyłyby nagłych zachorowań w czasie świadczenia pracy, wszystkie przypadki dotyczyły urazów w czasie pracy spowodowanych czynnikiem zewnętrznym lub zachowaniem samego pokrzywdzonego. Zaistnienie szkody w postaci uszczerbku na zdrowiu pracownika nie jest jednak warunkiem koniecznym do odpowiedzialności karnej pracodawcy. W przypadku zaistnienia śmierci lub spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pracownika zachodzi kumulatywna kwalifikacja prawna czynu z art. 220 KK w zw. z art. 155 KK lub art. 156 § 2 KK [37].

W praktyce opiniodawczej biegły wydający opinię w sprawie karnej dotyczącej wypadku przy pracy ocenia skutki urazu, jakiego doznał pracownik podczas wykonywania pracy nie tylko pod kątem realnie doznanych obrażeń, lecz również stopnia niebezpieczeństwa utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.

1.13. Opiniowanie sądowo-lekarskie i biegli sądowi

Opiniowanie sądowo-lekarskie jest czynnością, która wymaga od biegłego lekarza stosowania ścisłych zasad oraz odpowiednich kwalifikacji merytorycznych i charakterologicznych, z których do najważniejszych należą obiektywizm i odporność na naciski i krytykę [40] [41]. Opinie biegłych pełnią zasadniczą rolę w postępowaniach karnych, gdyż dotyczą okoliczności kluczowych zarówno do ustalenia prawdy materialnej, jak i toku procesu [42].

Biegły jest osobą posiadającą wiedzę fachową i doświadczenie w danej dziedzinie, praktykę zawodową i jest organem pomocniczym dla organu procesowego w sytuacjach wymagających znajomości tzw. wiadomości specjalnych. Od biegłego wymaga się również

zaufania publicznego, sumienności i bezstronności. Biegły nie jest stroną postępowania ani organem procesowym, natomiast pełni rolę swoistego pomocnika sądu [42].

Za wiadomości specjalne uważa się tego rodzaju wiedzę, która opiera się na wysoko specjalistycznej wiedzy w określonej dziedzinie nauki i wykracza poza granice wiedzy powszechnej w społeczeństwie. Niewątpliwie do wiadomości specjalnych zalicza się wiedza medyczna [43]. Opinia biegłego z zakresu nauk medycznych jest niezwykle istotna w postępowaniu sądowym. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2012 r. sąd nie może rozstrzygać w kwestii medycznej wbrew opinii biegłego lekarza. Odmienne rozstrzygnięcie sądu w tej materii musi być oparte na wiedzy medycznej, a więc opinii biegłego z określonej dziedziny medycyny [44]. Do wiadomości specjalnych nie zalicza się wiadomości z zakresu prawa, którymi powinien dysponować właściwy organ procesowy [45]. Nie znaczy to jednak, że biegły, zwłaszcza specjalista medycyny sądowej, by móc prawidłowo i rzetelnie wykonywać powierzone mu obowiązki, nie powinien wykazywać się znajomością podstaw procedury karnej i cywilnej. Znajomość podstaw prawnych opiniowania powinna być wymagana u każdego biegłego, który podejmuje się wydawania opinii dla organów procesowych, nie tylko specjalistów medycyny sądowej, lecz również lekarzy reprezentujących kliniczne dziedziny medycyny.

Podstawowe wymogi opinii biegłego określone są w art. 200 Kodeksu postępowania karnego (KPK). W każdej opinii można wyróżnić trzy części: wstępną (dane biegłych, sygnatura sprawy, data wydania opinii, teza dowodowa, itd.), sprawozdawczą (sprawozdanie z przeprowadzonych czynności i spostrzeżeń biegłych) i wnioskową. Najistotniejszą z punktu widzenia organu procesowego jest część wnioskowa opinii, która powinna zawierać odpowiedzi na pytania, które organ procesowy zawarł w tezie dowodowej. Wnioski końcowe powinny zawierać przekonanie, jakie uzyskał biegły po dokonaniu analizy dostarczonego mu materiału dowodowego. Biegły powinien starać się używać we wnioskach sformułowań jednoznacznych. Opinia powinna być sformułowana w sposób zwięzły, jasny i zrozumiały dla sądu i stron postępowania [43] [46].

W postanowieniu z dnia 16 sierpnia 1978 r. Sąd Najwyższy wskazał, że w przypadku opinii z zakresu medycyny sądowej dotyczącej uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, opinia ta powinna określać konkretny narząd, którego czynności zostały naruszone, wskazywać, na czym polegało to naruszenie i na jaki czas nastąpiło, a także zawierać uzasadnienie pozwalające na skonfrontowanie przez sąd ocen i poglądów biegłego zawartych w opinii [47].

Biegły nie powinien natomiast przeprowadzać samodzielnie postępowania dowodowego, oceniać dowodów, w tym zeznań świadków. Może natomiast przedstawić sądowi wariantowe wnioski, tym samym dając organowi procesowemu możliwość oceny wiarygodności określonej wersji zdarzenia. Warianty te mogą natomiast wynikać z zeznań poszczególnych świadków [45].

W opiniowaniu o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podobnie jak w innych przypadkach opiniowania w sprawach dotyczących przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu, biegły wprawdzie nie rozwiązuje problemów prawnych i nie powinien myśleć językiem prawniczym, lecz językiem reprezentowanej przez niego specjalności, czyli nauk medycznych [48]. Z drugiej strony bez znajomości wykładni, interpretacji i stanowiska doktryny dotyczących przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu biegły nie byłby w stanie wydać wartościowej opinii sąдово-lekarskiej. Przełożenie prawnej wykładni narażenia na niebezpieczeństwo na język medyczny, a następnie sformułowanie wniosków opinii zgodnych zarówno z doktryną nauk prawnych, jak i z aktualną wiedzą medyczną nie jest łatwym zadaniem dla biegłego lekarza.

Wszystkie przedstawione powyżej reguły opiniowania sąдово-lekarskiego obowiązują również w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jednym z głównych wymogów wydawania opinii o narażeniu na niebezpieczeństwo jest konieczność uzasadnienia stanowiska biegłego w sposób jasny, zrozumiały dla organu zlecającego, a uzasadnienie to nie może być dowolną tezą stworzoną przez biegłego, lecz musi ściśle wynikać z analizowanego materiału dowodowego. Nie jest możliwe wydanie rzetelnej i wartościowej dla organu procesowego opinii odnośnie narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu bez znajomości podstaw prawa karnego w zakresie omówionych wyżej artykułów kodeksu karnego, w których mowa jest o narażeniu na niebezpieczeństwo.

2. Cel pracy oraz założenia badawcze

2.1. Założenia pracy

Założeniem pracy jest teza, że przeprowadzona analiza opinii wydanych w sprawach o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pozwoli na ujednolicenie zasad opiniowania sądowo-lekarskiego w tego rodzaju przypadkach. Opiniowanie w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sprawia wiele trudności biegłym medykom sądowym i lekarzom innych specjalności, zarówno w przypadkach dotyczących błędów medycznych, jak i innych przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu człowieka (np. bójki, pobicia, uszkodzenie ciała, usiłowanie zabójstwa, wypadki przy pracy, nieudzielenie pomocy, narażenie na zakażenie chorobą zakaźną, itd.). Zasadne więc było podjęcie próby sformułowania ogólnych zasad opiniowania sądowo-lekarskiego w oparciu o wnikliwą analizę merytoryczną i statystyczną wydanych opinii. Ponadto w piśmiennictwie z zakresu medycyny sądowej brak jest statystycznego opracowania dużego zbioru opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które stanowiłoby szerszą analizę tego w problemu w opiniowaniu kierowaną nie tylko do lekarzy specjalistów medycyny sądowej, lecz do również biegłych lekarzy innych specjalności.

2.2. Cele pracy

1. Analiza statystyczna opinii wydanych w sprawach karnych o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zmierzająca do zbadania skali problemu w opiniowaniu sądowo-lekarskim.
2. Analiza merytoryczna treści opinii mająca na celu zaproponowanie ujednolicenia zasad opiniowania środowisku biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej i biegłych lekarzy innych specjalności.
3. Porównanie wyników statystycznych ze wskaźnikami przestępczości przeciwko zdrowiu i życiu uzyskanymi z baz danych Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości.
4. Analiza pojęcia prawnego „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” z punktu widzenia lekarza specjalisty medycyny sądowej – konfrontacja treści rzeczywistych wydanych opinii biegłych z teorią wynikającą z piśmiennictwa z zakresu nauk prawnych.

Do analizy przyjęto opinie sądowo-lekarskie wydane w okresie 15 lat (lata 2004 – 2018), co pozwoliło zarówno na uzyskanie istotnych statystycznie wyników, zaobserwowanie zmieniających się trendów statystycznych, jak i merytoryczne prześledzenie treści wydanych opinii w zakresie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w kontekście reform wymiaru sprawiedliwości, orzecznictwa Sądu Najwyższego, doktryny i piśmiennictwa prawniczego oraz stanowiska medyków sądowych wypracowanego na konferencjach naukowych i zawartego w publikacjach.

3. Materiał i metody badawcze

3.1. Materiał badawczy

Materiałem badawczym były opinie wydane w latach 2004 – 2018 (piętnastoletni okres poddany analizie) zgromadzone w zbiorach archiwalnych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (KiZMS). Opinie były archiwizowane rocznikami, a każdy dokument oznaczony był indywidualnym numerem, na który składała się liczba porządkowa wpływu sprawy do KiZMS oraz rok zarejestrowania sprawy. Materiał ten zawierał wszystkie opinie wydane w KiZMS w analizowanym okresie, zarówno w sprawach karnych, jak i cywilnych. Sprawy zlecane były przez organy procesowe (Policja, prokuratura, sądy, Instytut Pamięci Narodowej i inne służby, np. Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Żandarmeria Wojskowa, Straż Graniczna). Każda opinia została wydana w oparciu o postanowienie o powołaniu biegłych z KiZMS. Opinie wydawane były samodzielnie przez lekarzy specjalistów medycyny sądowej oraz specjalistów toksykologii sądowej zatrudnionych w KiZMS lub przez zespoły biegłych z udziałem lekarzy klinicystów współpracujących z KiZMS, przy czym każda opinia, w tym zespołowa, musiała zostać sporządzona z udziałem biegłego medyka sądowego lub toksykologa sądowego.

3.2. Metodologia

Ze zbioru spraw zarejestrowanych w bazie danych KiZMS w latach 2004 – 2018 wybrano sporządzone opinie sądowo-lekarskie, odnotowując jednocześnie liczbę spraw odsyłanych rocznie bez opracowania. Następnie spośród wszystkich opinii sądowo-lekarskich zostały wyselekcjonowane opinie wydane w sprawach karnych, w których w tezie dowodowej postanowienia o powołaniu biegłych zawarto pytanie o narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Do zbioru tego zaliczono również opinie uzupełniające, jeśli z treści tych opinii możliwe było pozyskanie wszystkich wymienionych poniżej danych. Analizie nie podlegały opinie wydane w sprawach cywilnych oraz opinie sporządzone w postępowaniu karnym, które nie dotyczyły narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W wyniku przeprowadzonej selekcji uzyskano 3516 opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Z treści wszystkich wyselekcjonowanych opinii został sporządzony wyciąg w formie tabel, zawierających następujące dane:

- liczba porządkowa opinii,
- sygnatura akt,
- organ procesowy zlecający wydanie opinii,
- kwalifikacja prawno-karna przestępstwa, będącego przedmiotem postępowania,
- teza dowodowa postanowienia o powołaniu biegłych zawierająca pytanie dotyczące narażenia,
- skład zespołu biegłych (specjalizacje lekarskie),
- okoliczności sprawy,
- stwierdzenie czy zdaniem biegłych doszło do narażenia na niebezpieczeństwo,
- streszczenie uzasadnienia opinii biegłych dotyczącego narażenia lub braku narażenia na niebezpieczeństwo,
- inne okoliczności i dane istotne dla sprawy.

Sporządzono wyciąg z treści wszystkich analizowanych opinii w postaci 15 zbiorczych tabel (jedna tabela dla jednego roku), zawierających wymienione powyżej dane.

3.3. Analiza statystyczna

Do sprawdzenia korelacji między zmiennymi oraz między zmiennymi a latami użyto testu istotności współczynnika korelacji Kendalla. Średnie tempo zmian oraz stopę wzrostu uwzględniającą wszystkie wyrazy szeregu czasowego wyznaczono za pomocą metody $\hat{r}$ przez mnożenie wyrazów szeregu czasowego [49].

Za istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

4. Wyniki

4.1. Analiza liczby spraw zarejestrowanych w archiwach, spraw odesłanych bez opracowania i liczby wydanych opinii sądowo-lekarskich w KiZMS w latach 2004 – 2018

W latach 2004 – 2018 w KiZMS zostało zarejestrowanych 33028 spraw zawierających postanowienia o powołaniu biegłych do wydania opinii sądowo-lekarskich. Nie we wszystkich zarejestrowanych sprawach wydano opinie – 17,4% spraw zostało odesłanych bez opracowania.

Do najczęstszych przyczyn odesłania spraw bez wydania opinii należały:

- brak możliwości skompletowania zespołu biegłych w składzie wyznaczonym przez organ procesowy,
- realny czas wydania opinii znacznie przekraczający termin narzucony przez organ procesowy,
- brak akceptacji kalkulacji kosztów wydania opinii przez organ zlecający,
- odmowa wydania opinii w sprawach błędu medycznego z terenu Wielkopolski,
- konieczność uzupełnienia materiału dowodowego w aktach sprawy (np. o konkretną dokumentację medyczną),
- niestawienie się na badanie sądowo-lekarskie osoby wezwanej,
- brak możliwości przeprowadzenia badania sądowo-lekarskiego osoby pokrzywdzonej/podejrzanej/oskarżonej w miejscu zamieszkania, w szpitalu, itp.,
- niewłaściwe nadesłanie akt sprawy (adresowanych do innej placówki lub innego biegłego),
- nakaz zwrotu akt bez wydania opinii zarządzony przez organ zlecający – uchylenie postanowienia o powołaniu biegłych,
- całkowicie nieczytelna dokumentacja medyczna.

Tabela 1 oraz ryciny 1 i 2 przedstawiają zestawienie spraw zarejestrowanych, spraw odesłanych bez opracowania i sporządzonych opinii sądowo-lekarskich w analizowanym okresie. Rocznie do KiZMS wpływało średnio 2021 spraw do wydania opinii. Liczba spraw wpływających do opiniowania do KiZMS w latach 2004 – 2012 kształtowała się na podobnym poziomie (średnio rocznie 2060 spraw), natomiast od roku 2013 obserwowany był wzrost ilości wpływających spraw, do maksymalnej wartości 2750 spraw w 2017 roku (średnio 2413 spraw w latach 2013 – 2018). Jedną z głównych przyczyn zauważalnego trendu wzrostowego było zwiększenie ilości postępowań dotyczących oceny postępowania personelu medycznego (błędy

medyczne). Roczny odsetek spraw odesłanych bez opracowania kształtował się w zbliżonych wartościach (od 14,5% w 2008 roku do 19,5% w 2014). Odsetek ten nie ulegał istotnym wahaniom w analizowanym okresie, pomimo przeprowadzanych w okresie piętnastu lat reform wymiaru sprawiedliwości, w tym sądownictwa, struktury organizacyjnej prokuratury, zmian w kodeksie postępowania karnego.

Rocznie średnio w KiZMS w latach 2004 – 2018 wydawanych było 1819 opinii, a ilość ta systematycznie rosła – od 1550 opinii w 2004 roku do 2338 w roku 2017, z niewielkim spadkiem liczby opinii w roku 2018 (2127 opinii).

Tabela 1. Liczba spraw zarejestrowanych w KiZMS oraz liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich w latach 2004 – 2018

Rok	Sprawy zarejestrowane	Sporządzone opinie		Sprawy odesłane bez opracowania	
		n	%	n	%
2004	1907	1550	81,3	357	18,7
2005	2007	1637	81,6	370	18,4
2006	2198	1815	82,6	383	17,4
2007	2086	1719	82,4	367	17,6
2008	2151	1840	85,5	311	14,5
2009	2098	1711	81,6	387	18,4
2010	2043	1717	84,0	326	16,0
2011	1970	1654	84,0	316	16,0
2012	2087	1714	82,1	373	17,9
2013	2235	1843	82,5	392	17,5
2014	2224	1791	80,5	433	19,5
2015	2319	1878	81,0	441	19,0
2016	2341	1962	83,8	379	16,2
2017	2750	2338	85,0	412	15,0
2018	2612	2127	81,4	485	18,6
razem	33028	27296	82,6	5732	17,4
Tau Kendalla	0,638	0,619	0,029	0,505	-0,029
Z	3,32	3,22	0,15	2,62	-0,15
p	0,0009	0,0013	0,8808	0,0087	0,8808
$\hat{t}$	1,020	1,022	1,002	1,009	0,989
$\hat{r}$	2,0%	2,2%	0,2%	0,9%	-1,1%

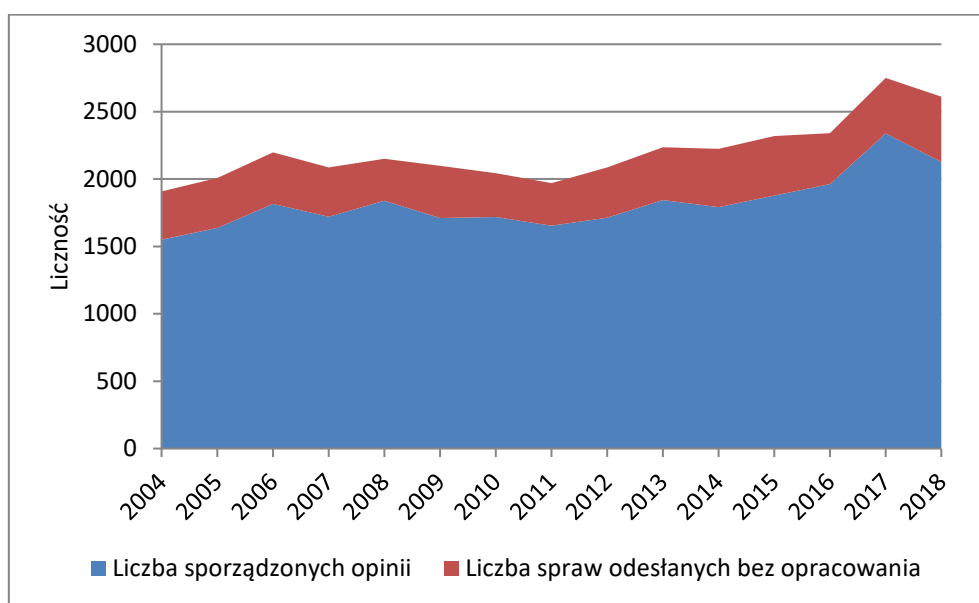
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Tau Kendalla – wartość współczynnika korelacji Tau Kendalla, **Z** – wartość statystyki Z testu istotności współczynnika Tau Kendalla, **p** – poziom prawdopodobieństwa testu istotności współczynnika Tau Kendalla, $\hat{t}$ – średnie tempo zmian, $\hat{r}$ – stopa zmian

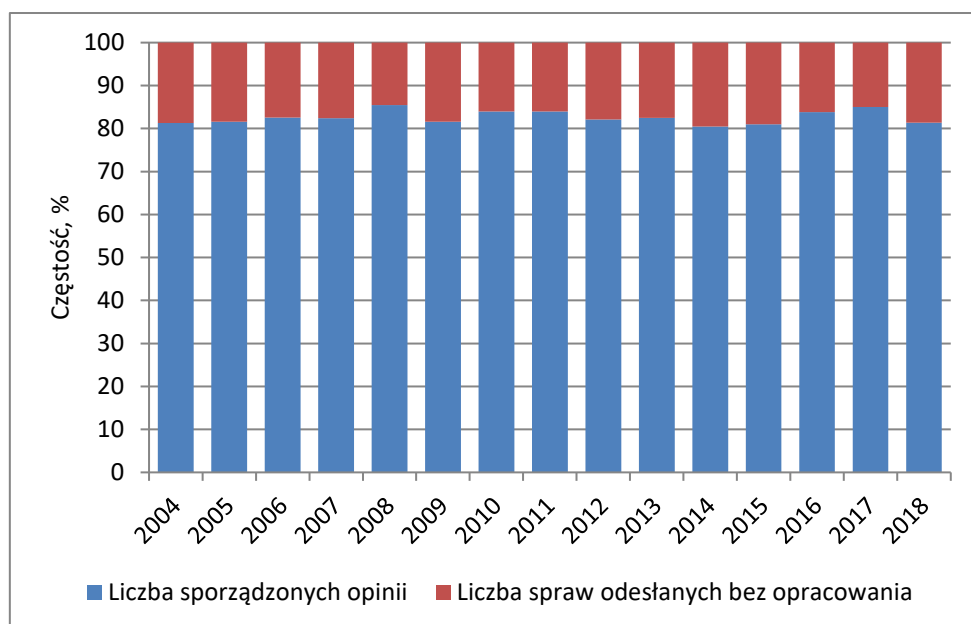
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby spraw zarejestrowanych ($p=0,0009$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,638),
- liczby sporządzonych opinii ($p=0,0013$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,619),
- liczby spraw odesłanych bez opracowania ($p=0,0087$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,505).

Liczba spraw zarejestrowanych, sporządzonych opinii oraz spraw odesłanych bez opracowania w kolejnych latach zwiększały się średnio co rok o 2,0% dla spraw zarejestrowanych, o 2,2% dla sporządzonych opinii oraz o 0,9% dla spraw odesłanych bez opracowania. Obserwowany wzrost liczby spraw wpływających rocznie do KiZMS nie wpłynął istotnie na odsetek odsyłanych spraw bez opracowania.



Rycina 1. Liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich oraz spraw odesłanych bez opracowania w latach 2004 – 2018



Rycina 2. Odsetek sporządzonych opinii sądowo-lekarskich oraz spraw odesłanych bez opracowania w latach 2004 – 2018

4.2. Analiza ilości opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym przedziale czasowym wydano w KiZMS 27296 opinii sądowo-lekarskich, z czego 3516 (12,9%) dotyczyło narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Liczbę opinii dotyczących narażenia wydanych w poszczególnych latach przedstawiono w tabeli 2 oraz na rycinach 3 i 4.

Tabela 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Liczba sporządzonych opinii	Liczba opinii dotyczących narażenia	
		n	%
2004	1550	81	5,2
2005	1637	106	6,5
2006	1815	131	7,2
2007	1719	153	8,9
2008	1840	164	8,9
2009	1711	191	11,2
2010	1717	175	10,2
2011	1654	174	10,5
2012	1714	205	11,9
2013	1843	282	15,3
2014	1791	314	17,5
2015	1878	345	18,4
2016	1962	362	18,4
2017	2338	411	17,6
2018	2127	422	19,8
razem	27296	3516	12,9
Tau Kendalla	0,619	0,943	0,914
Z	3,22	4,90	4,75
p	0,0013	<0,0001	<0,0001
$\hat{t}$	1,022	1,145	1,121
$\hat{r}$	2,2%	14,5%	12,1%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

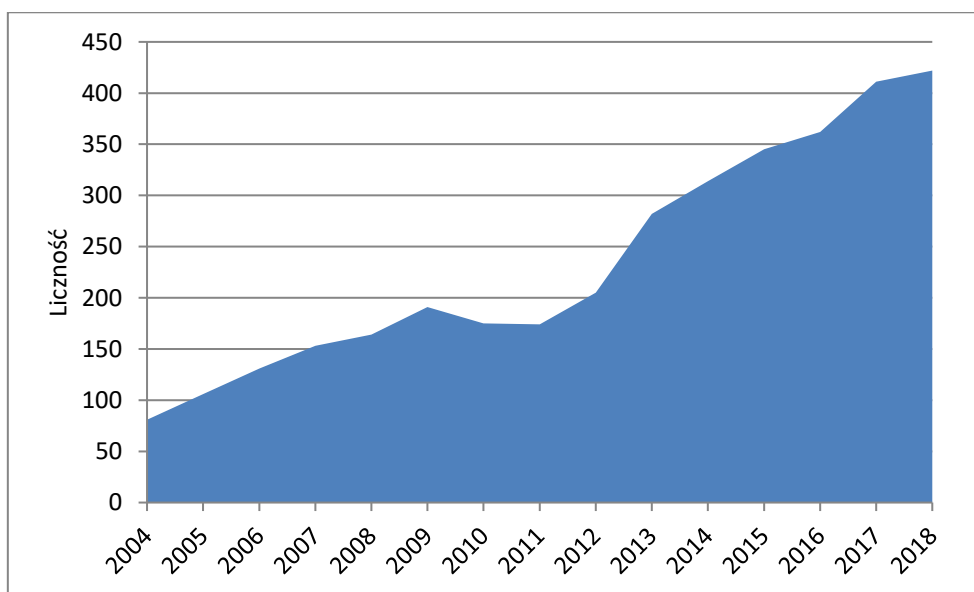
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby sporządzonych opinii ($p = 0,0013$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,619),

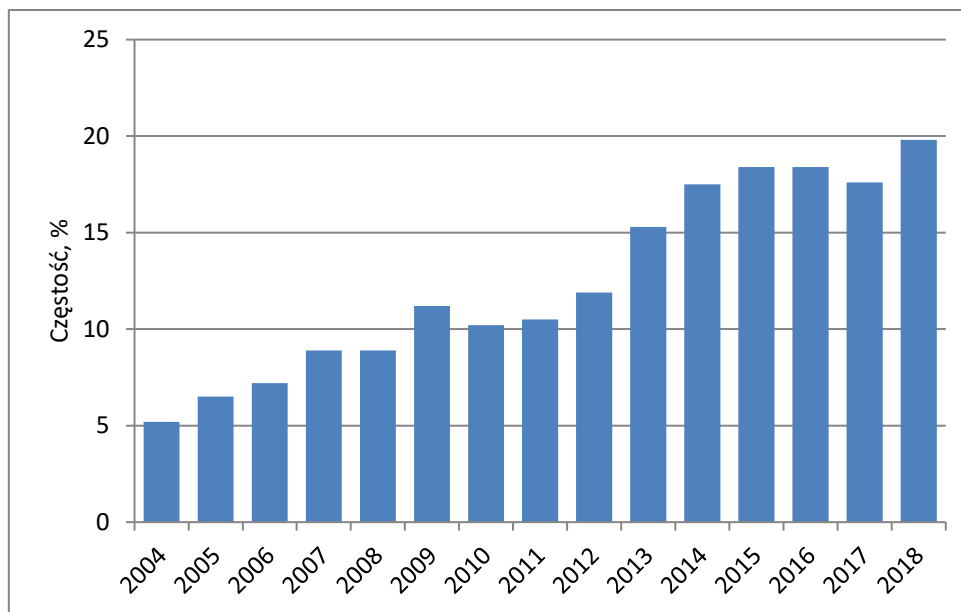
- liczby opinii dotyczących narażenia ($p < 0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,943),
- odsetka spraw opracowanych ($p < 0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,914).

Liczba sporządzonych opinii, liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz odsetek spraw opracowanych w kolejnych latach zwiększały się średnio co rok o 2,2% dla wydanych opinii, o 14,5% dla liczby opinii dotyczących narażenia oraz o 12,1% dla odsetka wydanych opinii dotyczących narażenia.

W analizowanym okresie obserwowany jest wyraźny stały wzrost ilości opinii dotyczących narażenia, widoczny szczególnie od roku 2013. W latach 2004 – 2012 wydane zostały średnio 153 opinie rocznie, natomiast w latach 2013 – 2018 sporządzono średnio 356 opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ten istotny wzrost ilości wydanych opinii w sprawach dotyczących narażenia w latach 2013 – 2018 spowodowany był głównie zwiększeniem liczby spraw dotyczących uszkodzenia ciała (od 2013 roku) oraz błędów medycznych (od 2015 roku).



Rycina 3. Liczba opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 4. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.3. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w zależności od kwalifikacji karnej sprawy wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W celu uporządkowania i przeprowadzenia analizy zarówno merytorycznej, jak i statystycznej opinii dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu podzielono na sześć zbiorów w zależności od kwalifikacji karnej (w rozumieniu kodeksu karnego) prowadzonych postępowań:

- 1) uszkodzenie ciała (art. 156 § 1 KK, art. 157 § 1 KK i art. 157 § 2 KK),
- 2) bójka lub pobicie (art. 158 § 1 KK),
- 3) błędy medyczne (art. 160 § 1 lub 2 KK),
- 4) wypadki przy pracy (art. 220 § 1 KK),
- 5) opieka nad osobą narażoną (art. 160 § 2 KK),
- 6) sprawy „inne”, czyli takie, których nie można było zaliczyć do żadnej z powyższych kategorii.

Dokonanie powyższego podziału było niezbędne ze względu na różnorodność merytoryczną spraw i znaczną ilość analizowanych opinii. Ponadto kwalifikacja karna postępowania prowadzonego przez organ procesowy jest punktem wyjścia do opiniowania odnośnie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, przez podział opinii w zależności od kwalifikacji zgodnie z przepisami kodeksu karnego był konieczny.

Wśród analizowanych 3516 opinii dotyczących narażenia, najliczniejszą grupę – 1344 przypadki (38,2%) stanowiły sprawy dotyczące uszkodzenia ciała, następnie 896 opinii (25,5%) dotyczyło spraw o błąd medyczny, 587 opinii (16,7%) wydano w sprawach dotyczących bójki lub pobicia, 271 opinii (7,7%) dotyczyło wypadków przy pracy, 143 opinie wydano w sprawach dotyczących opieki nad osobą narażoną (4,1%), natomiast 275 opinii (7,8%) zaliczono do kategorii „sprawy inne”, która zostanie szczegółowo omówiona i przeanalizowana w dalszej części pracy (rozdział 4.13.). W tabeli 3 zawarto szczegółowy podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w zależności od kwalifikacji karnej sprawy, zostało to również zilustrowane na rycinach 5 i 6.

W przypadku opinii dotyczących uszkodzenia ciała obserwowano coroczny wzrost liczby wydanych opinii (od 22 w roku 2004 do 157 w roku 2017), co nie było już tak wyraźnie obserwowane w przypadku opinii dotyczących bójki lub pobicia. Ilość opinii dotyczących

uszkodzenia ciała szczególnie wykazywała tendencję wzrostową od 2013 roku. Również w zakresie opinii dotyczących błędu medycznego widoczny jest wyraźny wzrost wydawanych rocznie opinii (od 30 w roku 2004 do 160 w roku 2018), przy czym od roku 2015 obserwowany był znaczący wzrost ilości opinii. W sprawach wypadków przy pracy wzrost ilości wydawanych opinii nastąpił skokowo od roku 2009 roku i od tego czasu liczba wydawanych rocznie opinii zawierała się w zbliżonych wartościach (poza rokiem 2012) – średnio około 25 spraw rocznie w latach 2009 – 2018. W przypadku spraw dotyczących opieki nad osobą narażoną wyraźniejsze zwiększenie ilości opinii można było zaobserwować od roku 2013 (średnio około 16 spraw rocznie w okresie 2013 – 2018).

Tabela 3. Podział opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	bójka, pobicie		uszkodzenie ciała		błędy medyczne		wypadki w pracy		opieka nad osobą narażoną		inne		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	17	21,0	22	27,1	30	37,0	0	-	5	6,2	7	8,7	81
2005	19	17,9	37	34,9	29	27,4	6	5,7	6	5,6	9	8,5	106
2006	27	20,6	51	38,9	32	24,5	3	2,3	5	3,8	13	9,9	131
2007	38	24,8	50	32,7	31	20,3	6	3,9	7	4,6	21	13,7	153
2008	44	26,8	62	37,8	32	19,5	5	3,0	3	1,9	18	11,0	164
2009	63	33,0	60	31,4	27	14,1	20	10,5	5	2,6	16	8,4	191
2010	40	22,9	64	36,6	30	17,1	18	10,3	3	1,7	20	11,4	175
2011	29	16,7	75	43,1	20	11,5	24	13,8	6	3,4	20	11,5	174
2012	43	21,0	89	43,4	32	15,6	13	6,3	8	3,9	20	9,8	205
2013	49	17,4	127	45,0	53	18,8	20	7,1	12	4,2	21	7,5	282
2014	49	15,6	135	43,0	72	22,9	28	8,9	12	3,8	18	5,8	314
2015	51	14,8	126	36,5	102	29,6	28	8,1	20	5,8	18	5,2	345
2016	46	12,7	142	39,2	100	27,6	36	9,9	19	5,3	19	5,3	362
2017	32	7,8	157	38,2	146	35,5	31	7,5	15	3,7	30	7,3	411
2018	40	9,5	147	34,8	160	37,9	33	7,8	17	4,1	25	5,9	422
razem	587	16,7	1344	38,2	896	25,5	271	7,7	143	4,1	275	7,8	3516
Tau Kendalla	0,394	-0,593	0,905	0,238	0,631	0,143	0,792	0,371	0,618	-0,019	0,532	-0,448	0,943
Z	2,05	-3,08	4,70	1,24	3,28	0,74	4,12	1,93	3,21	-0,10	2,77	-2,33	4,90
p	0,0405	0,0020	<0,0001	0,2160	0,0010	0,4579	<0,0001	0,0536	0,0013	0,9208	0,0057	0,0200	<0,0001
î	1,117	0,976	1,198	1,046	1,067	0,932	-	-	1,068	0,933	1,138	0,993	1,145
î	11,7%	-2,4%	19,8%	4,6%	6,7%	-6,8%	-	-	6,8%	-6,7%	13,8%	-0,7%	14,5%

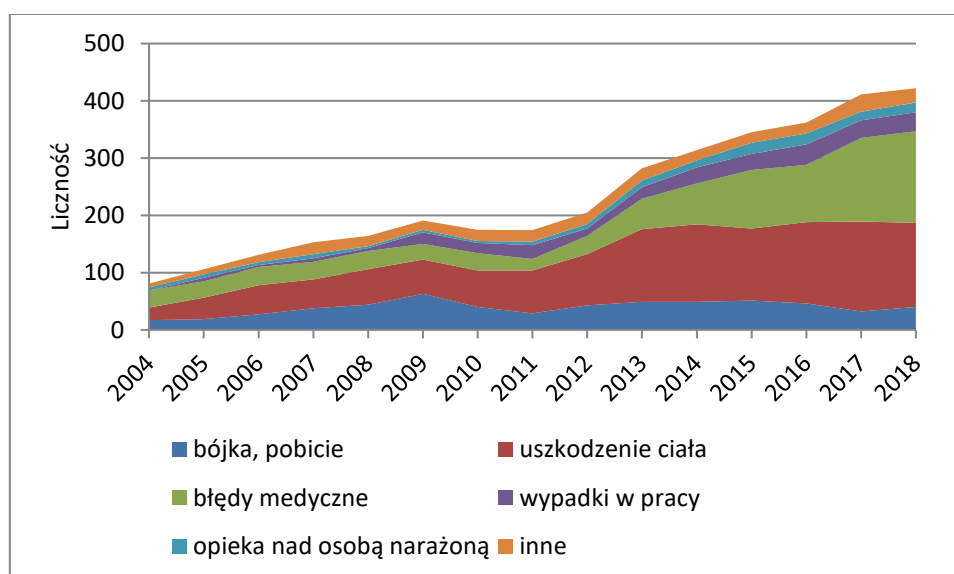
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

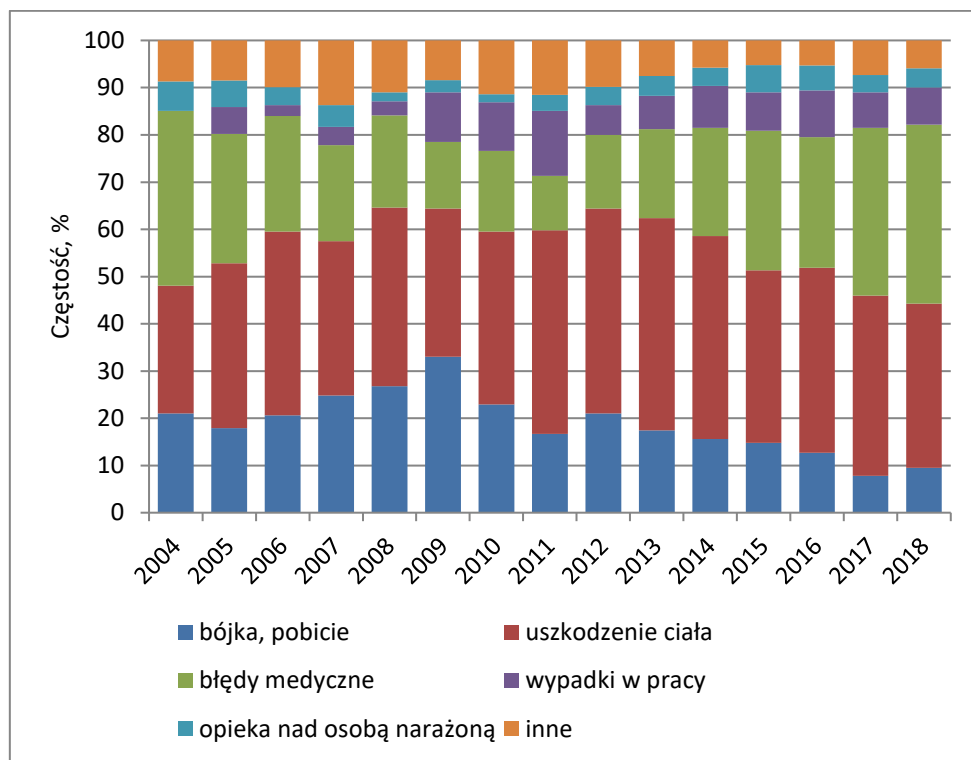
- liczby wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach bójki lub pobicia ($p=0,0405$) – dodatnia słaba korelacja (Tau Kendalla=0,394),

- odsetka wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach bójki lub pobicia ($p=0,0020$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla=-0,593),
- liczby wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,905),
- liczby wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach błędów medycznych ($p=0,0010$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,631),
- liczby wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków w pracy ($p<0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,792),
- liczby wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach opieki nad osobą narażoną ($p=0,0013$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,618),
- liczby wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach z kategorii „inne” ($p=0,0057$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,532),
- odsetka wydanych opinii dotyczących narażenia w sprawach z kategorii „inne” ($p=0,0200$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla=-0,448).

Liczba wydanych opinii dotyczących narażenia w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 11,7% dla spraw bójki lub pobicia, o 19,8% dla spraw o uszkodzenie ciała, o 6,7% dla błędów medycznych, o 6,8% dla opieki nad osobą narażoną, o 13,8% dla spraw z kategorii „inne”. Odsetek wydanych opinii w sprawach bójki lub pobicia co rok malał średnio o 2,4%, a dla spraw „innych” malał średnio o 0,7%.



Rycina 5. Liczba opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 6. Odsetek opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.4. Organy procesowe zlecające wydanie opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w KiZMS w latach 2004 – 2018

Pod pojęciem organu procesowego rozumie się organy państwowe uprawnione do wydawania decyzji w określonych etapach procesu, niezależnie od innych uprawnień [50]. Do organów procesowych, na zlecenie których wydawane były opinie sądowo-lekarskie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu należały: jednostki Policji, jednostki prokuratury (prokuratury rejonowe, okręgowe, regionalne), sądy, Żandarmeria Wojskowa oraz Instytut Pamięci Narodowej.

W tabeli 4 oraz na rycinach 7 i 8 przedstawiono podział opinii w zależności od organu procesowego, który wydał postanowienie o powołaniu KiZMS do wydania opinii w sprawie dotyczącej narażenia. Największą ilość opinii dotyczących narażenia wydano w latach 2004 – 2018 na zlecenie Policji – 1840 (52,3%), następnie 1441 opinii sporządzono dla jednostek prokuratury (41%), 217 opinii wydano dla sądów (6,2%), 17 opinii dla Żandarmerii Wojskowej (0,5%) i tylko jedną opinię dla Instytutu Pamięci Narodowej.

W przypadku opinii wydanych dla Policji zwraca uwagę niemal coroczny wzrost ilości spraw obserwowany do roku 2017 (od 25 w roku 2004 do 210 w roku 2016 i 202 w roku 2017, podczas gdy w roku 2018 nastąpił spadek ilości wydanych opinii do 169). Dla opinii wydawanych na zlecenie jednostek prokuratury widoczny jest dość systematyczny roczny wzrost ilości opinii od 35 w roku 2004 do 230 w roku 2018. W przypadku opinii wydawanych dla sądów czy Żandarmerii Wojskowej nie obserwowano istotnych zależności w poszczególnych latach. Zwraca natomiast uwagę niewielki odsetek opinii wydanych dla sądów (jedynie 6,2% wszystkich spraw), co jednoznacznie wskazuje, że opinie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydawane były w dominującej większości na etapie postępowania przygotowawczego, a więc pierwszego etapu procesu karnego w sprawach ściganych z oskarżenia publicznego.

Tabela 4. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla poszczególnych organów procesowych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Policja		Prokuratura		Sąd		ŻW		IPN		liczba opinii dotyczących narażenia
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	25	30,9	35	43,2	17	21,0	4	4,9	-	-	81
2005	36	34,0	53	50,0	15	14,1	2	1,9	-	-	106
2006	44	33,6	66	50,4	18	13,7	3	2,3	-	-	131
2007	66	43,1	73	47,7	12	7,9	2	1,3	-	-	153
2008	86	52,4	66	40,3	12	7,3	-	-	-	-	164
2009	124	64,9	51	26,7	14	7,3	2	1,1	-	-	191
2010	104	59,4	60	34,3	10	5,7	-	-	1	0,6	175
2011	101	58,0	63	36,2	10	5,8	-	-	-	-	174
2012	133	64,9	63	30,7	9	4,4	-	-	-	-	205
2013	173	61,4	96	34,0	13	4,6	-	-	-	-	282
2014	173	55,1	119	37,9	21	6,7	1	0,3	-	-	314
2015	194	56,2	135	39,1	15	4,4	1	0,3	-	-	345
2016	210	58,0	133	36,7	19	5,3	-	-	-	-	362
2017	202	49,1	198	48,2	11	2,7	-	-	-	-	411
2018	169	40,0	230	54,5	21	5,0	2	0,5	-	-	422
razem	1840	52,3	1441	41,0	217	6,2	17	0,5	1	-	3516
Tau Kendalla	0,823	0,221	0,702	-0,029	0,049	-0,740	-	-	-	-	0,943
Z	4,28	1,15	3,65	-0,15	0,25	-3,85	-	-	-	-	4,90
p	<0,0001	0,2505	0,0003	0,8820	0,8008	0,0001	-	-	-	-	<0,0001
$\hat{t}$	1,225	1,069	1,132	0,989	0,972	0,849	-	-	-	-	1,145
$\hat{r}$	22,5%	6,9%	13,2%	-1,1%	-2,8%	-15,1%	-	-	-	-	14,5%

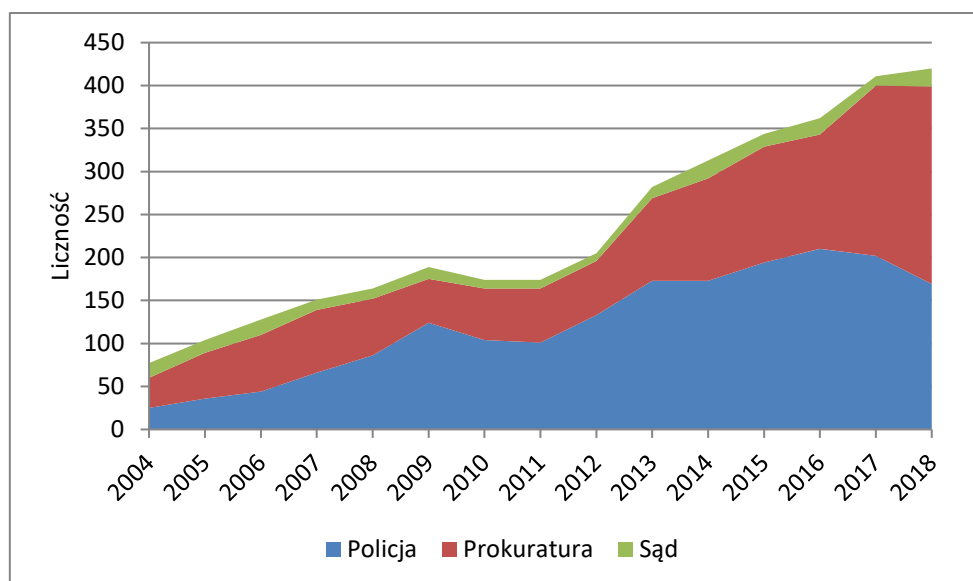
ŻW – Żandarmeria Wojskowa, IPN – Instytut Pamięci Narodowej

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

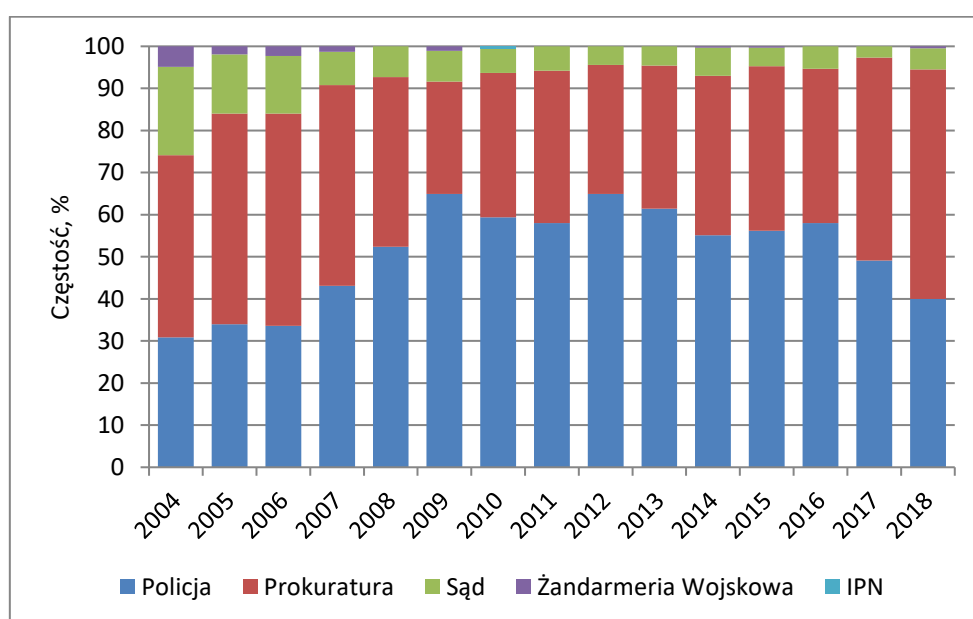
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby wydanych opinii dla Policji ($p < 0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,823),
- liczby wydanych opinii dla prokuratury ($p = 0,0003$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,702),
- odsetka wydanych opinii dla sądów ($p = 0,001$) – ujemna wysoka korelacja (Tau Kendalla=-0,740).

Liczba opinii dotyczących narażenia wydanych dla Policji i prokuratury w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 22,5% dla Policji oraz o 13,2% dla prokuratury. Odsetek wydanych opinii dla sądów w kolejnych latach malał średnio co rok o 15,1%.



Rycina 7. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla poszczególnych organów procesowych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 8. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla poszczególnych organów procesowych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.5. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych na zlecenie jednostek Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym okresie wydanych zostało 1840 opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu na zlecenie Policji, co stanowiło 52,3% wszystkich spraw. Głównymi zlecanodawcami były jednostki Policji z Poznania i ościennych gmin (komisariaty, komenda miejska), komendy powiatowe z terenu województwa wielkopolskiego oraz Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu. Wpływały również sprawy z odległych od Poznania jednostek Policji – głównie w sprawach dotyczących błędu medycznego.

W tabeli 5 oraz na rycinach 9 i 10 przedstawiono podział opinii dotyczących narażenia wydanych na zlecenie jednostek Policji w zależności od kwalifikacji karnej sprawy. Wśród opinii wydanych na zlecenie Policji najliczniejszą grupę stanowiły opinie dotyczące uszkodzenia ciała – 868 spraw (47,2%). Drugi pod względem liczności zbiór opinii stanowiły sprawy dotyczące bójki lub pobicia – 451 przypadków (24,5%). 198 opinii (10,8%) dotyczyło wypadków przy pracy, 85 opinii (4,6%) wydanych zostało w sprawach o błąd medyczny, 83 opinie (4,5%) dotyczyły opieki nad osobą narażoną, a 155 opinii (8,4%) zaliczonych zostało do kategorii sprawy „inne”.

Wśród wydanych na zlecenie Policji opinii zwraca uwagę coroczny wzrost ilości spraw dotyczących uszkodzenia ciała (od 10 opinii w roku 2004 do 113 w roku 2017, ze spadkiem do 84 w roku 2018). W przypadku opinii dotyczących bójki lub pobicia, po wydaniu największej ilości opinii w 2009 roku (52 opinie) obserwowano nieregularny spadek ilości tego typu spraw, wyraźnie zaznaczony w latach 2016 – 2018 (do 26 opinii w 2018 roku), w przeciwieństwie do opinii o uszkodzeniu ciała, których ilość w tych latach rosła. W sprawach dotyczących błędów medycznych nie obserwowano trendów związanych z latami. W przypadku wypadków przy pracy od 2014 roku obserwowany był roczny wzrost ilości wydanych opinii, z największą ich ilością w roku 2016 (32 opinie). Najwięcej opinii dotyczących opieki nad osobą narażoną wydanych zostało w roku 2016 (17 przypadków), a wyraźny wzrost ilości tego rodzaju opinii zauważalny był od 2013 roku.

Tabela 5. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych na zlecenie Policji w KiZMS w latach 2004 – 2008, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw

Rok	bójka, pobicie		uszkodzenie ciała		błędy medyczne		wypadki w pracy		opieka nad osobą narażoną		inne		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	6	24,0	10	40,0	4	16,0	0	-	1	4,0	4	16,0	25
2005	9	25,0	13	36,1	4	11,1	3	8,3	0	-	7	19,5	36
2006	11	25,0	24	54,6	1	2,3	2	4,5	3	6,8	3	6,8	44
2007	25	37,9	27	40,9	3	4,5	4	6,1	2	3,0	5	7,6	66
2008	35	40,7	38	44,2	4	4,6	1	1,2	1	1,2	7	8,1	86
2009	52	41,9	40	32,3	5	4,0	12	9,7	4	3,2	11	8,9	124
2010	39	37,5	40	38,4	1	1,0	11	10,6	1	1,0	12	11,5	104
2011	27	26,7	41	40,6	0	-	18	17,8	4	4,0	11	10,9	101
2012	47	35,3	60	45,1	3	2,3	7	5,3	4	3,0	12	9,0	133
2013	45	26,0	83	48,0	7	4,1	14	8,0	7	4,1	17	9,8	173
2014	30	17,3	96	55,5	8	4,6	21	12,2	8	4,6	10	5,8	173
2015	42	21,7	90	46,4	15	7,7	21	10,8	13	6,7	13	6,7	194
2016	33	15,7	109	51,9	9	4,3	32	15,2	17	8,1	10	4,8	210
2017	24	11,9	113	55,9	15	7,4	25	12,4	9	4,5	16	7,9	202
2018	26	15,4	84	49,7	6	3,6	27	16,0	9	5,3	17	10,0	169
razem	451	24,5	868	47,2	85	4,6	198	10,8	83	4,5	155	8,4	1840
Tau Kendalla	0,238	-0,440	0,900	0,505	0,461	-0,087	0,785	0,600	0,749	0,452	0,644	-0,238	0,823
Z	1,24	-2,29	4,67	2,62	2,40	-0,45	4,08	3,12	3,89	2,35	3,35	-1,24	4,28
p	0,2160	0,0222	<0,0001	0,0087	0,0166	0,6529	<0,0001	0,0018	0,0001	0,0189	0,0008	0,2160	<0,0001
$\hat{t}$	1,232	0,976	1,244	1,016	-	-	-	-	-	-	1,127	0,920	1,225
$\hat{r}$	23,2%	-2,4%	24,4%	1,6%	-	-	-	-	-	-	12,7%	-8,0%	22,5%

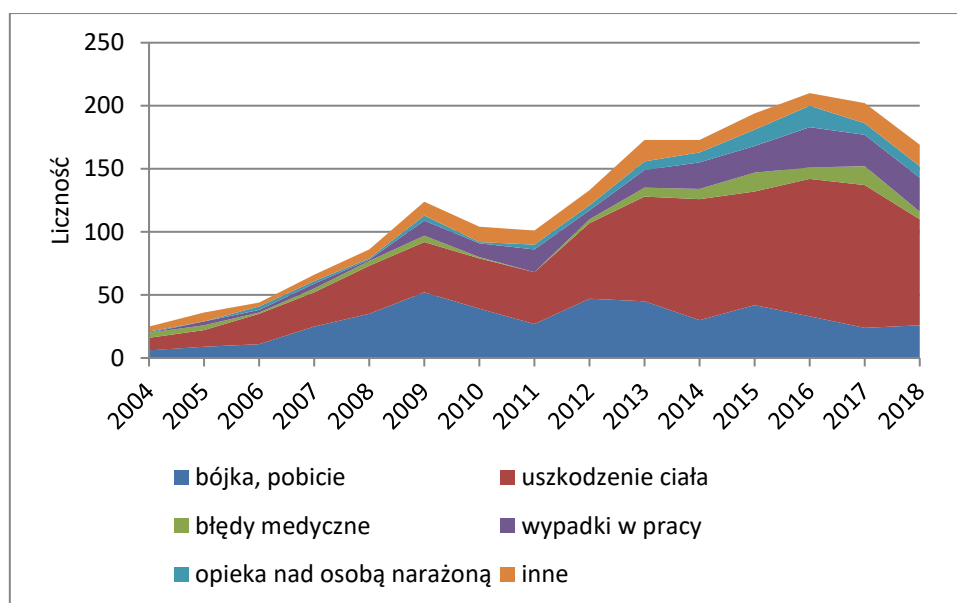
Kolorem czerwonym czerwono zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

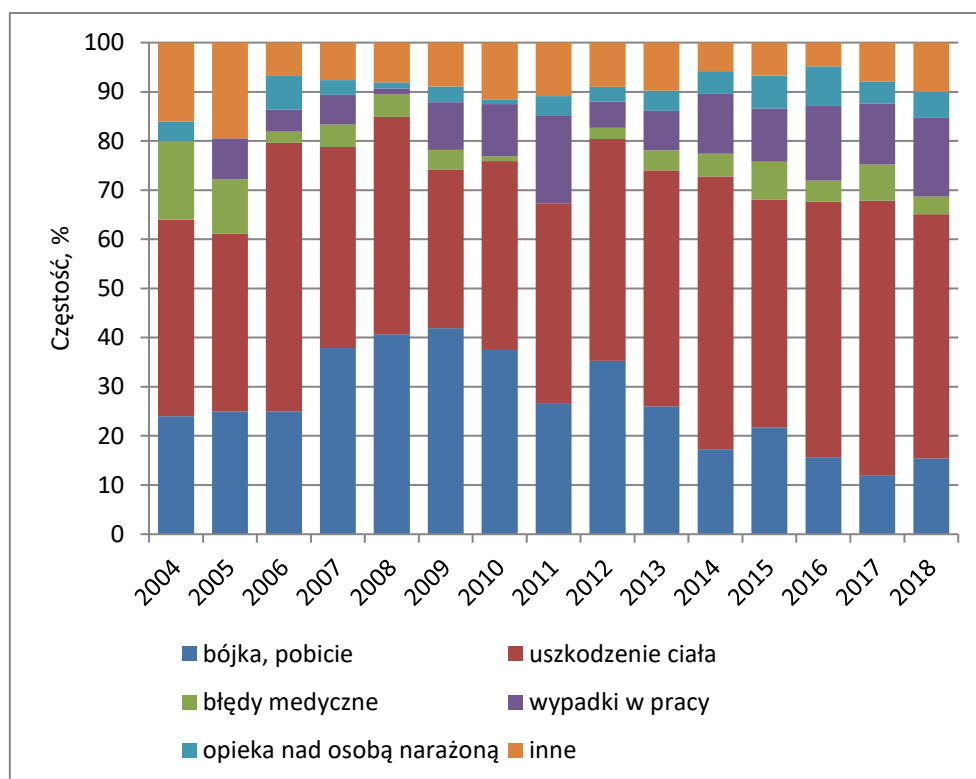
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach bójki lub pobicia ($p=0,0222$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla=-0,440),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,900),
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała ($p=0,0087$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,505),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach błędów medycznych ($p=0,0166$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,461),

- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków w pracy ($p < 0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,785),
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków w pracy ($p = 0,0018$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,600),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach opieki nad osobą narażoną ($p = 0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,749),
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach opieki nad osobą narażoną ($p = 0,0189$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,452),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach z kategorii „inne” ($p = 0,0008$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,644).

Liczba opinii dotyczących narażenia sporządzonych na zlecenie Policji w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 24,4% dla spraw o uszkodzenie ciała, o 12,7% dla spraw z kategorii „inne”. Odsetek opinii wydanych na zlecenie Policji co rok malał średnio o 2,4% dla spraw bójki lub pobicia, a zwiększał się średnio co rok o 1,6% dla spraw dotyczących uszkodzenia ciała.



Rycina 9. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych na zlecenie Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw



Rycina 10. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych na zlecenie Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw

4.6. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych na zlecenie prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018

Spośród analizowanych opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu 1441 opinii (41 %) wydanych zostało na zlecenie prokuratury. Opinie te wydawane były dla prokuratur z całego kraju (prokuratury rejonowe, okręgowe, apelacyjne, które w 2016 r. zostały zmienione w prokuratury regionalne), jednakże najliczniejszą grupę stanowiły jednostki z województwa wielkopolskiego.

W tabeli 6 oraz na rycinach 9 i 10 przedstawiono podział opinii dotyczących narażenia wydanych na zlecenie prokuratury w zależności od kwalifikacji karnej sprawy. Najwięcej opinii sporządzonych dla prokuratury dotyczyło błędów medycznych – 786 spraw (54,5%), drugą pod względem liczności grupę stanowiły opinie w sprawach o uszkodzenie ciała 328 przypadków (22,8%), 103 opinie (7,1%) dotyczyły bójek lub pobić, 73 opinie (5,1%) wydane zostały w sprawach wypadków przy pracy, 56 opinii (3,9 %) dotyczyło opieki nad osobą narażoną, a 95 opinii (6,6%) zakwalifikowanych zostało kategorii spraw „innych”.

W najliczniejszej grupie opinii wydanych na zlecenie prokuratury, tj. w sprawach dotyczących błędów medycznych zwraca uwagę skokowy wzrost ilości opinii od 2013 roku, utrzymujący się do 2018 roku. Tendencję wzrostową w poszczególnych latach można było zaobserwować dla opinii wydanych w sprawach o uszkodzenie ciała (od 5 przypadków w 2004 roku do 48 opinii w 2018 roku), podczas gdy dla opinii dotyczących bójki lub pobicia, wypadków przy pracy i opieki nad osobą narażoną takich trendów nie stwierdzono. Liczba opinii dotyczących wypadków przy pracy od 2009 roku utrzymywała się rocznie na zbliżonym poziomie (średnio ponad 6 opinii rocznie w latach 2009 – 2018).

Tabela 6. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw

Rok	bójka, pobicie		uszkodzenie ciała		błędy medyczne		wypadki w pracy		opieka nad osobą narażoną		inne		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	2	5,7	5	14,3	23	65,7	0	-	4	11,4	1	2,9	35
2005	8	15,1	14	26,4	22	41,5	3	5,7	2	3,8	4	7,5	53
2006	11	16,7	16	24,2	26	39,4	1	1,5	2	3,0	10	15,2	66
2007	9	12,3	19	26,1	26	35,6	2	2,7	4	5,5	13	17,8	73
2008	7	10,6	19	28,8	27	40,9	3	4,5	0	-	10	15,2	66
2009	5	9,8	14	27,4	19	37,3	8	15,7	1	2,0	4	7,8	51
2010	6	10,0	14	23,3	27	45,0	7	11,7	2	3,3	4	6,7	60
2011	3	4,8	26	41,2	19	30,2	6	9,5	2	3,2	7	11,1	63
2012	4	6,4	14	22,2	27	42,9	6	9,5	4	6,3	8	12,7	63
2013	9	9,4	27	28,1	45	46,9	6	6,2	5	5,2	4	4,2	96
2014	13	10,9	27	22,7	63	52,9	7	5,9	5	4,2	4	3,4	119
2015	6	4,5	28	20,7	84	62,2	8	5,9	6	4,5	3	2,2	135
2016	8	6,0	21	15,8	89	66,9	4	3,0	4	3,0	7	5,3	133
2017	3	1,5	36	18,2	137	69,2	6	3,0	6	3,0	10	5,1	198
2018	9	3,9	48	20,9	152	66,1	6	2,6	9	3,9	6	2,6	230
razem	103	7,1	328	22,8	786	54,5	73	5,1	56	3,9	95	6,6	1441
Tau Kendalla	0,029	-0,543	0,684	-0,276	0,742	0,486	0,427	-0,019	0,583	-0,077	0,010	-0,402	0,702
Z	0,15	-2,82	3,55	-1,44	3,85	2,52	2,22	-0,10	3,03	-0,40	0,05	-2,09	3,65
p	0,8785	0,0048	0,0004	0,1513	0,0001	0,0116	0,0264	0,9200	0,0024	0,6879	0,9576	0,0368	0,0003
$\hat{t}$	1,173	0,986	1,214	0,994	1,082	1,035	-	-	-	-	1,272	0,983	1,132
$\hat{r}$	17,3%	-1,4%	21,4%	-0,6%	8,2%	3,5%	-	-	-	-	27,2%	-1,7%	13,2%

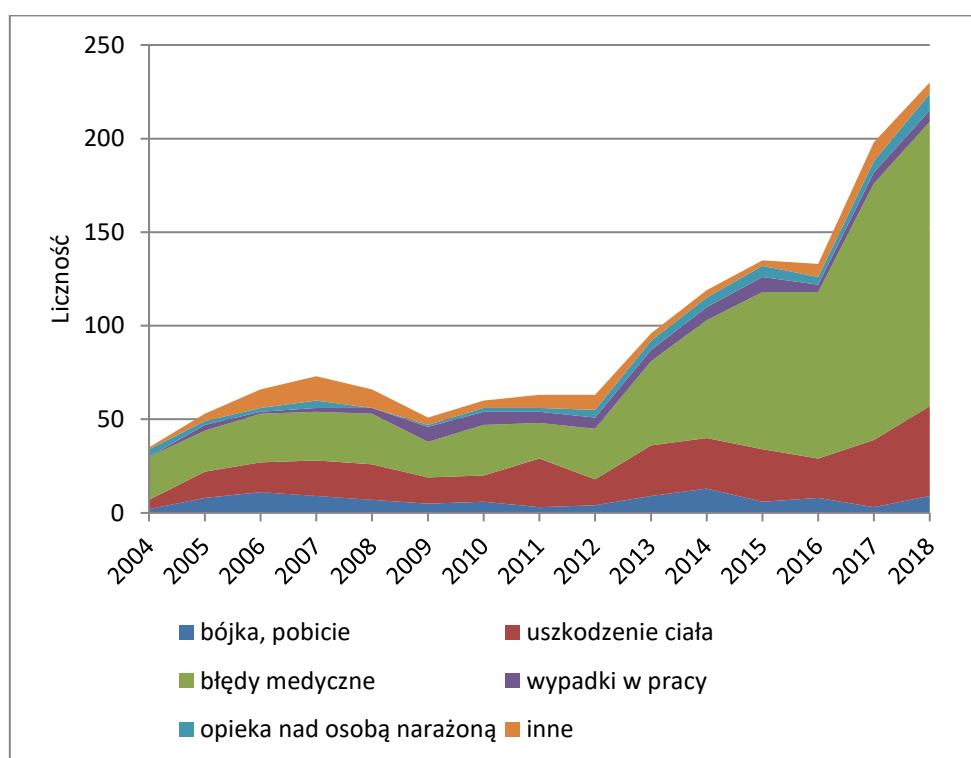
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

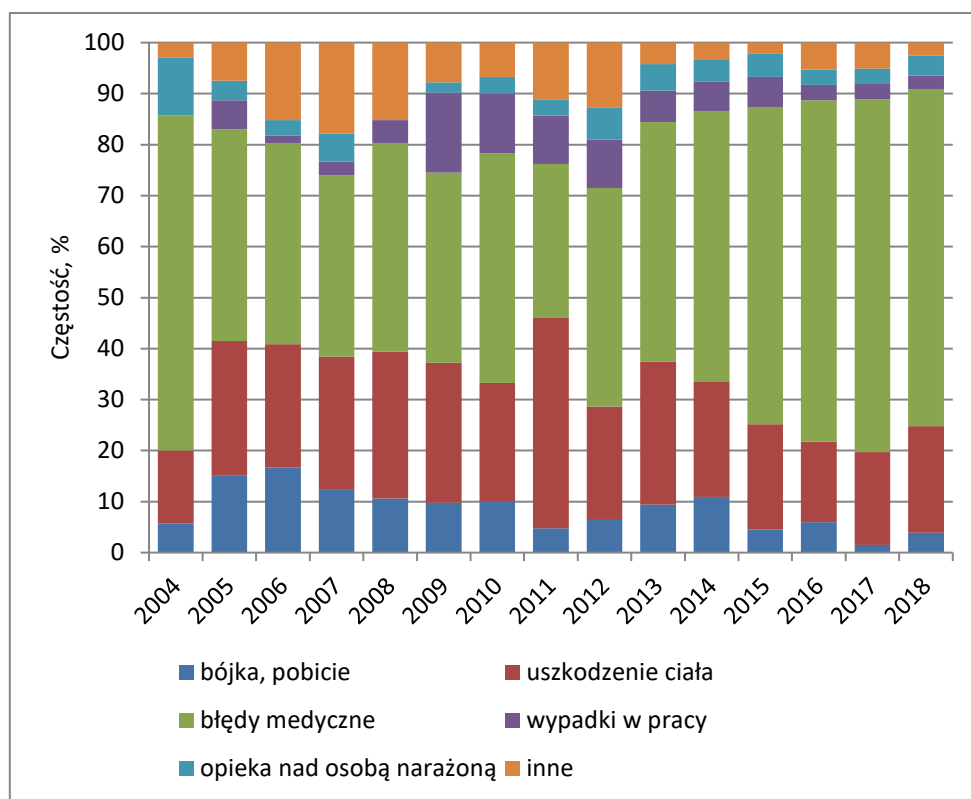
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach bójki lub pobicia ($p=0,0048$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla=-0,543),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,684),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach błędów medycznych ($p=0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,742),
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach błędów medycznych ($p=0,0116$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,486),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków w pracy ($p=0,0264$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,427),

- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach opieki nad osobą narażoną ($p=0,0024$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $0,583$),
- odsetka opinii dotyczących narażenia w sprawach zaliczonych do kategorii „inne” ($p=0,0368$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $-0,402$).

Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla prokuratury w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 21,4% dla spraw o uszkodzenie ciała, o 8,2% dla błędów medycznych. Odsetek opinii sporządzonych dla prokuratury co rok malał średnio o 1,4% dla spraw dotyczących bójki lub pobicia, o 1,7% dla spraw z kategorii „inne”, a zwiększał się średnio co rok o 3,5% dla błędów medycznych.



Rycina 11. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw



Rycina 12. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw

4.7. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych na zlecenie sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym okresie wydanych zostało na zlecenie sądów 217 opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (6,2% wszystkich spraw). Opinie wydawane były dla sądów wszystkich instancji (sądy rejonowe, okręgowe i apelacyjne) i w przeważającej większości zlecane były przez sądy z terenu Wielkopolski.

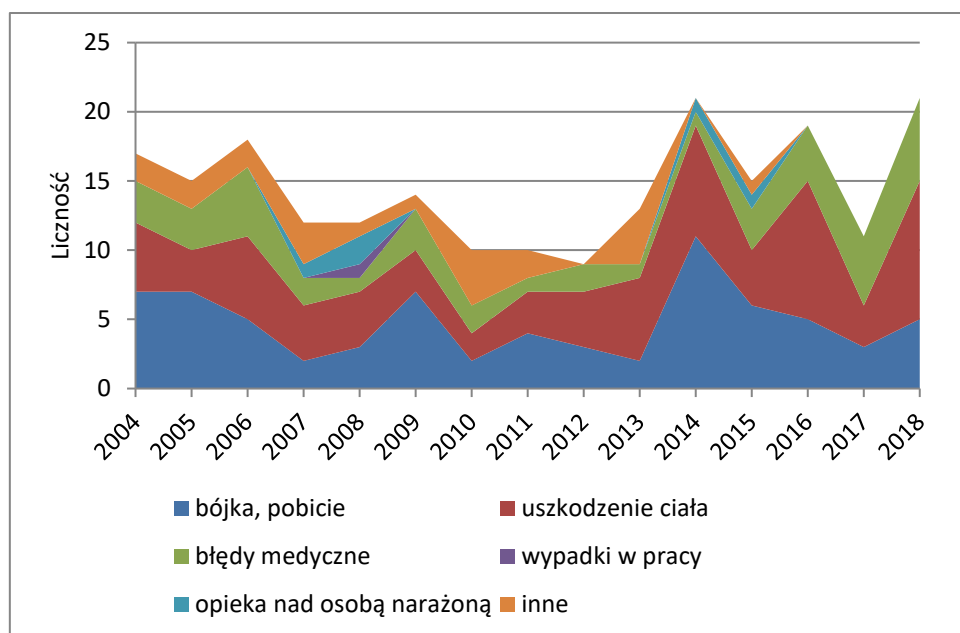
W tabeli 7 oraz na rycinach 13 i 14 przedstawiono podział opinii dotyczących narażenia wydanych na zlecenie sądów w zależności od kwalifikacji karnej sprawy. Najliczniejszą grupę stanowiły opinie dotyczące uszkodzenia ciała w ilości 75 przypadków (34,6%). Opinie dotyczące bójki lub pobicia – 72 sprawy stanowiły 33,2% opinii wydanych dla sądów. W sprawach dotyczących błędów medycznych sporządzone dla sądów zostały 42 opinie (19,6%). W kategorii opieki nad osobą narażoną wydano tylko 5 opinii (2,3%). Co zaskakujące, w analizowanym okresie 15 lat została zlecona przez sąd tylko jedna opinia dotycząca wypadku przy pracy. Do kategorii spraw „innych” zaliczone zostały 22 opinie (10,1%).

Liczba opinii dotyczących narażenia wydawanych dla sądów w poszczególnych kategoriach spraw nie wykazywała zauważalnych trendów w powiązaniu z latami.

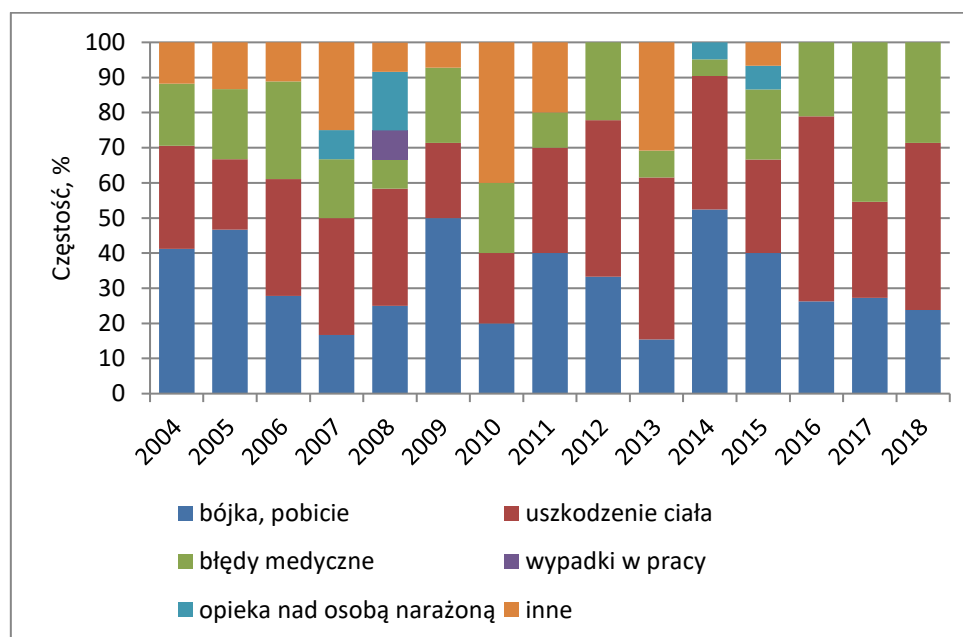
Tabela 7. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw

Rok	bójka, pobicie		uszkodzenie ciała		błędy medyczne		wypadki w pracy		opieka nad osobą narażoną		inne		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	7	41,2	5	29,4	3	17,6	0	-	0	-	2	11,8	17
2005	7	46,7	3	20,0	3	20,0	0	-	0	-	2	13,3	15
2006	5	27,8	6	33,3	5	27,8	0	-	0	-	2	11,1	18
2007	2	16,7	4	33,3	2	16,7	0	-	1	8,3	3	25,0	12
2008	3	25,0	4	33,3	1	8,3	1	8,3	2	16,7	1	8,3	12
2009	7	50,0	3	21,4	3	21,4	0	-	0	-	1	7,2	14
2010	2	20,0	2	20,0	2	20,0	0	-	0	-	4	40,0	10
2011	4	40,0	3	30,0	1	10,0	0	-	0	-	2	20,0	10
2012	3	33,3	4	44,5	2	22,2	0	-	0	-	0	-	9
2013	2	15,4	6	46,1	1	7,7	0	-	0	-	4	30,8	13
2014	11	52,4	8	38,0	1	4,8	0	-	1	4,8	0	-	21
2015	6	40,0	4	26,6	3	20,0	0	-	1	6,7	1	6,7	15
2016	5	26,3	10	52,6	4	21,1	0	-	0	-	0	-	19
2017	3	27,3	3	27,3	5	45,4	0	-	0	-	0	-	11
2018	5	23,8	10	47,6	6	28,6	0	-	0	-	0	-	21
razem	72	33,2	75	34,6	42	19,3	1	0,5	5	2,3	22	10,1	217
Tau Kendall	-0,091	-0,153	0,235	0,340	0,134	0,155	-	-	-	-	-	-	0,049
Z	-0,47	-0,80	1,22	1,77	0,70	0,80	-	-	-	-	-	-	0,25
p	0,6360	0,4263	0,2215	0,0774	0,4847	0,4218	-	-	-	-	-	-	0,8008
$\hat{t}$	0,930	0,957	0,985	1,013	0,966	0,994	-	-	-	-	-	-	0,972
$\hat{r}$	-7,0%	-4,3%	-1,5%	1,3%	-3,4%	-0,6%	-	-	-	-	-	-	-2,8%

Dla liczby opinii oraz odsetków opinii sporządzonych dla sądów nie wykazano istotnej korelacji z latami ($p > 0,05$).



Rycina 13. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw



Rycina 14. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw

4.8. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym okresie wydanych zostało 1344 opinii dotyczących narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała. Sprawy dotyczące uszkodzenia ciała kwalifikowane były z następujących artykułów kodeksu karnego:

- art. 156 § 1 KK (ciężki uszczerbek na zdrowiu),
- art. 157 § 1 KK (średni uszczerbek na zdrowiu),
- art. 157 § 2 KK (lekki uszczerbek na zdrowiu).

Opinie dotyczące uszkodzenia ciała wydawane więc były w sprawach, w których osoby pokrzywdzone doznawały obrażeń ciała kwalifikowanych zgodnie z jednym z wymienionych artykułów kodeksu karnego (względnie doznawały urazów, lecz nie stwierdzano u nich obrażeń) w wyniku działania osoby trzeciej. Do grupy tej nie były zaliczane opinie wydawane w sprawach bójki lub pobicia, gdyż czyn stanowi osobne przestępstwo (art. 158 § 1 KK), a opinie te były analizowane osobno. Rolą biegłego w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała było wypowiedzenie się czy osoba lub osoby pokrzywdzone na skutek działania sprawcy (napastnika) były narażone na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku odpowiedzi pozytywnej biegłego organ procesowy mógł dokonać kumulatywnej kwalifikacji prawnej czynu, tj. art. 157 lub 156 KK w zw. z art. 160 § 1 KK, w zw. z art. 11 KK.

Zgodne z treścią art. 11 kk ten sam czyn może stanowić tylko jedno przestępstwo (§ 1), a jeżeli czyn wyczerpuje znamiona określone w dwóch albo więcej przepisach ustawy karnej, sąd skazuje za jedno przestępstwo na podstawie wszystkich zbiegających się przepisów (§ 2) [3]. Tak więc w sprawach dotyczących uszkodzeń ciała osoba pokrzywdzona doznawała obrażeń na skutek określonego działania sprawcy, a zadaniem biegłego było wydawanie opinii czy opisane działanie sprawcy (np. uderzanie pięścią w twarz, kopanie w głowę, zadawanie urazów młotkiem, nożem, kijem, itp.) wyczerpywało dyspozycje narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Opinie dotyczące narażenia w sprawach uszkodzenia ciała wydawane były wyłącznie przez biegłych lekarzy – specjalistów medycyny sądowej zatrudnionych w KiZMS, gdyż opiniowanie odnośnie narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zawiera się w kompetencjach medyka sądowego.

W tabeli 8 oraz na rycinach 15 i 16 przedstawiono podział opinii dotyczących narażenia wydanych w sprawach o uszkodzenie ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia. W badanym zbiorze 1344 opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała w 812 przypadkach (60,4%) zdaniem biegłych doszło do narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w wyniku działania sprawcy (napastnika). W 429 opiniach (31,9%) nie stwierdzono, by określone działanie sprawcy narażało pokrzywdzonego lub pokrzywdzonych na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku 68 opinii (5,1%) biegli nie mogli udzielić kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Przyczyną braku możliwości wypowiedzenia się w kwestii zaistnienia narażenia były niedostatki nadesłanego materiału dowodowego, takie jak:

- brak zeznań pokrzywdzonego lub świadków,
- brak wystarczająco szczegółowych informacji dotyczących przebiegu zdarzenia w zeznaniach (wynikający np. z niepamięci wstecznej czy stanu nietrzeźwości pokrzywdzonego),
- brak dokumentacji medycznej dotyczącej obrażeń ciała pokrzywdzonego,
- niewspółmierność obrażeń pokrzywdzonego w stosunku do deklarowanego działania sprawcy (zadawanych urazów).

W 35 opiniach (2,6%) biegli w ogóle nie udzielili odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jedną z głównych przyczyn tego stanu było zwyczajne przeoczenie autorów opinii. Zdarzały się jednak przypadki, że udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia nie było obiektywnie możliwe, biegli jednakże nie wskazywali tego organowi prowadzącemu, lecz zwyczajnie ignorowali pytanie odnośnie narażenia. Odsetek spraw dotyczących uszkodzenia ciała, w których nie udzielono w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie nie jest znaczny, lecz zauważalny w analizowanym okresie piętnastu lat.

W opiniach dotyczących uszkodzenia ciała obserwowano coroczny wzrost ilości opinii, zarówno tych, w których stwierdzono zaistnienie narażenia, jak i tych, w których narażenia nie stwierdzono. Trend ten koreluje z corocznym wzrostem ilości opinii dotyczących uszkodzenia ciała wydawanych w KiZMS.

Tabela 8. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	opinie dotyczące uszkodzenie ciała – czy doszło do narażenia								liczba opinii
	TAK		NIE		nie można się wypowiedzieć		brak odpowiedzi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	16	72,7	2	9,1	4	18,2	-	-	22
2005	29	78,4	6	16,2	2	5,4	-	-	37
2006	38	74,5	9	17,6	3	5,9	1	2,0	51
2007	43	86,0	6	12,0	1	2,0	-	-	50
2008	37	59,7	14	22,6	3	4,8	8	12,9	62
2009	42	70,0	7	11,7	5	8,3	6	10,0	60
2010	39	60,9	18	28,1	6	9,4	1	1,6	64
2011	47	62,7	25	33,3	1	1,3	2	2,7	75
2012	68	76,4	14	15,7	4	4,5	3	3,4	89
2013	88	69,3	25	19,7	11	8,7	3	2,3	127
2014	67	49,6	58	43,0	6	4,4	4	3,0	135
2015	71	56,3	49	38,9	4	3,2	2	1,6	126
2016	76	53,5	53	37,3	10	7,1	3	2,1	142
2017	79	50,3	72	45,9	5	3,2	1	0,6	157
2018	72	48,9	71	48,4	3	2,0	1	0,7	147
razem	812	60,4	429	31,9	68	5,1	35	2,6	1344
Tau Kendalla	0,752	-0,600	0,831	0,676	0,299	-0,317	0,203	0,029	0,905
Z	3,91	-3,12	4,32	3,51	1,55	-1,65	1,06	0,15	4,70
p	0,0001	0,0018	<0,0001	0,0004	0,1205	0,0992	0,2903	0,8797	<0,0001
$\hat{\mu}$	1,175	0,981	1,370	1,144	0,989	0,825	-	-	1,198
$\hat{\sigma}$	17,5%	-1,9%	37,0%	14,4%	-1,1%	-17,5%	-	-	19,8%

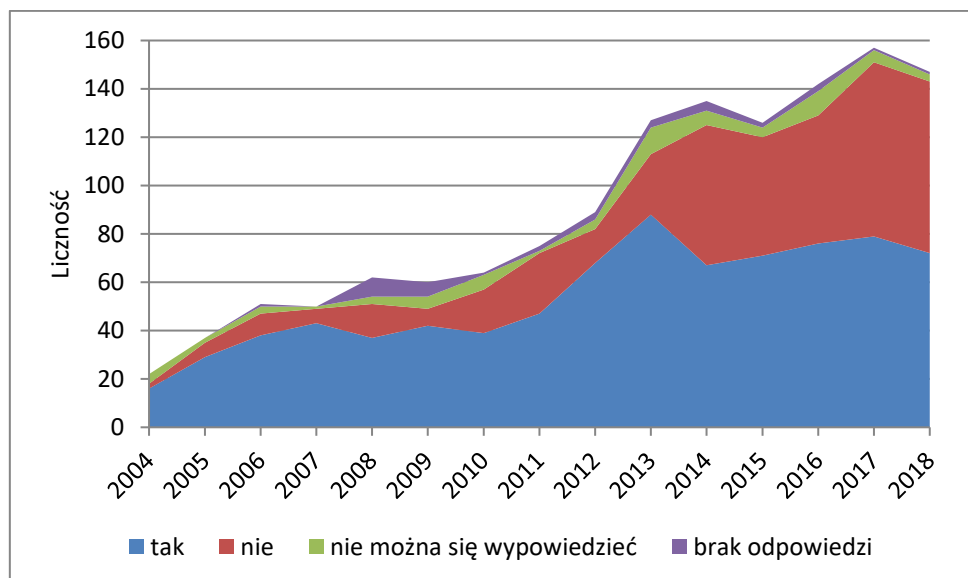
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

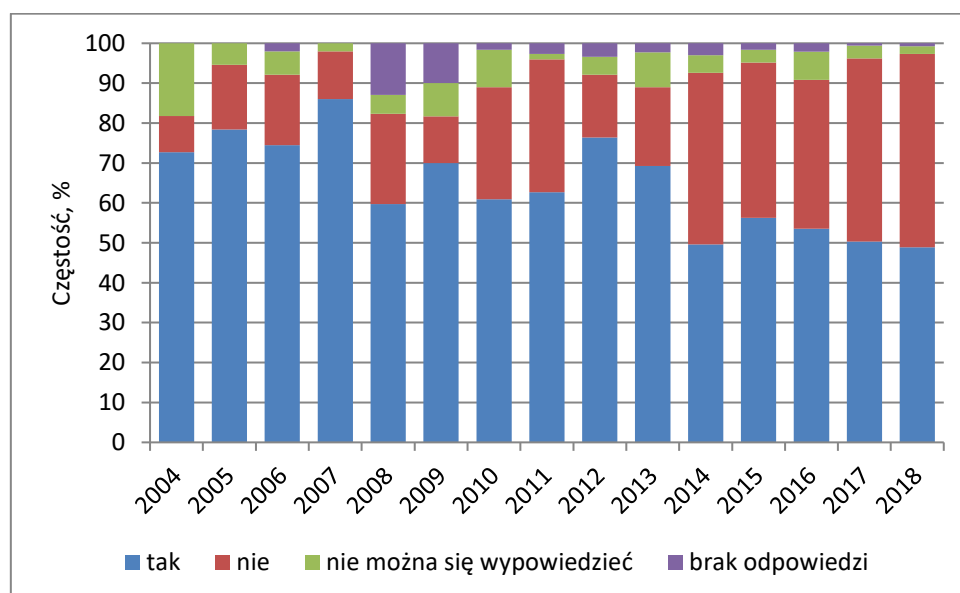
- liczby opinii, w których doszło do narażenia ($p=0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,752),
- odsetka opinii, w których doszło do narażenia ($p=0,0018$) – ujemna wysoka korelacja (Tau Kendalla=-0,600),
- liczby opinii, w których nie doszło do narażenia ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,831),
- odsetka opinii, w których nie doszło do narażenia ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,676).

Liczba opinii, w których doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok

o 17,5% a liczba opinii, w których nie doszło do narażenia w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 37,0%. Odsetek opinii, w których doszło do narażenia ciała co rok malał średnio o 1,9%, a odsetek opinii, w których nie doszło do narażenia ciała co rok zwiększał się średnio o 14,4%.



Rycina 15. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 16. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Kolejnym badanym parametrem w przypadku opinii wydanych w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała była analiza ilości opinii w zależności od kwalifikacji karnej obrażeń osób pokrzywdzonych. Kwalifikacja karna obrażeń i tym samym wynikający z niej stopień ciężkości obrażeń (ciężki, średni lub lekki uszczerbek na zdrowiu) jest kluczowym elementem opiniowania o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Dane wynikające z dokumentacji medycznej dotyczące obrażeń pozwalają na obiektywizację opiniowania o narażeniu. Analizując rodzaj, charakter, lokalizację i rozległość obrażeń można retrospektywnie ocenić parametry urazu lub urazów, jakie zadawał napastnik osobie pokrzywdzonej, takie jak np. rodzaj użytego narzędzia (tępokrawędziste, ostrokrawędziste, itd.), ilość zadanych urazów, siłę urazu, okolice ciała, w którą godziły urazy, z uwzględnieniem zwłaszcza tzw. newralgicznych okolic ciała (np. gałki oczne, okolice wstrząsorodne, itp.). Niezbędne było więc przeanalizowanie opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń.

W tabeli 9 oraz na rycinach 17 i 18 przedstawiono podział opinii wydanych w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia. Opinie podzielono na zbiory uwzględniające kwalifikację obrażeń z art. 156 § 1 KK (ciężki uszczerbek na zdrowiu), z art. 157 § 1 KK (średni uszczerbek na zdrowiu), art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK (lekki uszczerbek na zdrowiu i naruszenie nietykalności cielesnej) oraz przypadki, w których nie stwierdzono u pokrzywdzonych obrażeń, mimo że zgłaszali oni przestępstwo uszkodzenia ciała.

Najwięcej opinii dotyczących narażenia wydanych zostało w sprawach, w których obrażenia pokrzywdzonych kwalifikowane były z art. 157 § 2 KK i art. 217 § 1 KK, a więc w przypadkach, gdy pokrzywdzeni doznali naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia trwającego nie dłużej niż siedem dni albo naruszenia nietykalności cielesnej – 640 opinii (47,6%). Drugą co do liczebności grupą były opinie wydane w sprawach, w których pokrzywdzeni doznali obrażeń wyczerpujących dyspozycje art. 157 § 1 KK, a więc w przypadkach, gdy pokrzywdzeni doznali naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia trwającego dłużej niż siedem dni – 456 opinii (33,9%). W przypadku 150 opinii dotyczących narażenia (11,2%) wydane one zostały w sprawach, w których nie stwierdzono u pokrzywdzonych obrażeń ciała, a zgłaszali oni dokonanie uszkodzenia ich ciała przez osobę trzecią. Najmniej liczny zbiór stanowiły opinie w sprawach, w których pokrzywdzeni doznali ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1 KK) – 98 opinii (7,3%).

Coroczny istotny wzrost ilości opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała obserwowany był dla przypadków, w których obrażenia ciała pokrzywdzonych kwalifikowane były z art. 157 § 1 KK oraz z art. 157 § 2 KK i art. 217 § 1 KK. Zwraca uwagę stosunkowo niewielka ilość spraw, w których pokrzywdzeni doznali ciężkich obrażeń (ciężki uszczerbek na zdrowiu – art. 156 § 1 KK), w porównaniu ze sprawami o uszkodzenie ciała z obrażeniami wyczerpującymi znamiona średniego lub lekkiego uszczerbku na zdrowiu. Średnio rocznie wydawanych było jedynie około 6,5 opinii w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w których rozpatrywano również narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Tabela 9. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

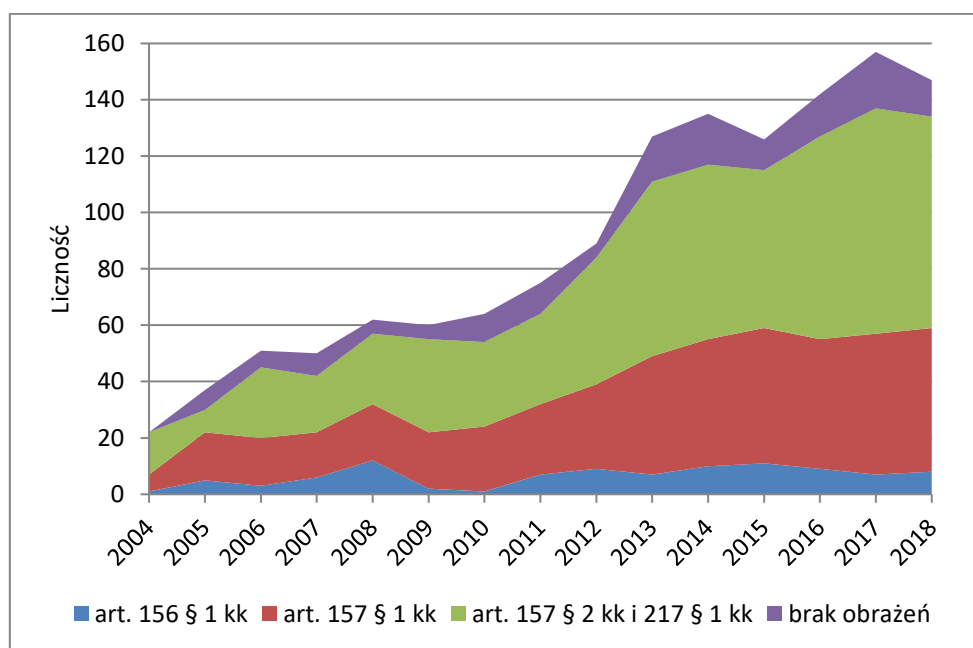
Rok	kwalifikacja obrażeń								liczba opinii
	art. 156 § 1 KK		art. 157 § 1 KK		art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK		brak obrażeń		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	1	4,5	6	27,3	15	68,2	-	-	22
2005	5	13,5	17	46,0	8	21,6	7	18,9	37
2006	3	5,9	17	33,3	25	49,0	6	11,8	51
2007	6	12,0	16	32,0	20	40,0	8	16,0	50
2008	12	19,3	20	32,3	25	40,3	5	8,1	62
2009	2	3,3	20	33,3	33	55,0	5	8,4	60
2010	1	1,6	23	35,9	30	46,9	10	15,6	64
2011	7	9,3	25	33,3	32	42,7	11	14,7	75
2012	9	10,1	30	33,7	45	50,6	5	5,6	89
2013	7	5,5	42	33,1	62	48,8	16	12,6	127
2014	10	7,4	45	33,3	62	45,9	18	13,4	135
2015	11	8,7	48	38,1	56	44,5	11	8,7	126
2016	9	6,3	46	32,4	72	50,7	15	10,6	142
2017	7	4,5	50	31,8	80	51,0	20	12,7	157
2018	8	5,5	51	34,7	75	51,0	13	8,8	147
razem	98	7,3	456	33,9	640	47,6	150	11,2	1344
Tau Kendalla	0,410	-0,183	0,933	0,088	0,856	0,249	0,592	-0,067	0,905
z	2,13	-0,95	4,85	0,46	4,45	1,29	3,08	-0,35	4,70
p	0,0332	0,3424	<0,0001	0,6465	<0,0001	0,1961	0,0021	0,7290	<0,0001
i	1,265	1,058	1,235	1,031	1,132	0,945	-	-	1,198
r	26.5%	5.8%	23.5%	3.1%	13.2%	-5.5%	-	-	19.8%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

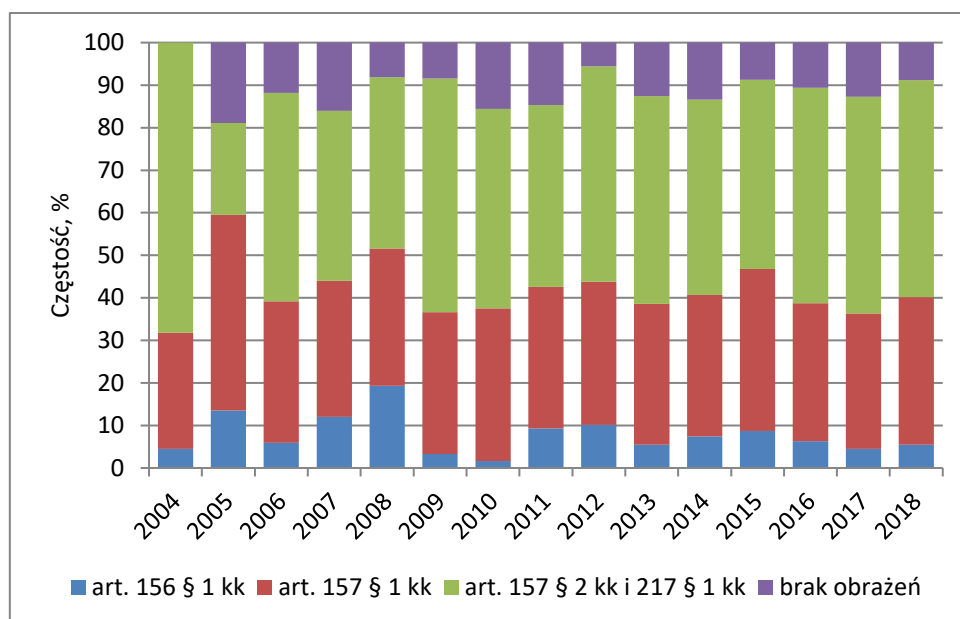
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 156 § 1 kk ($p=0,0332$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,410),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 1 kk ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,933),
- liczby opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 kk i 217 § 1 kk ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,856),
- liczby opinii dotyczących narażenia, w których nie stwierdzono obrażeń ciała pokrzywdzonych ($p=0,0021$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,592).

Liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 26,5% dla uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK, o 23,5% dla uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 KK, o 13,2% dla uszkodzenia ciała kwalifikowanego z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK.



Rycina 17. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 18. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W kolejnym etapie analizy opinii wydanych w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała dokonano zestawienia kwalifikacji karnej obrażeń osób pokrzywdzonych z treścią opinii o zaistnieniu lub braku narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co zostało przedstawione w tabeli 10 oraz na rycinach 19, 20, 21 i 22.

W przypadku spraw dotyczących uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK (ciężki uszczerbek na zdrowiu) przeważającą większość stanowiły opinie, w których stwierdzono narażenie (72 opinie – 5,4%), w 10 w przypadkach (0,7%) biegli nie stwierdzili przesłanek narażenia, natomiast w 16 opiniach (1,2%) nie było możliwe stwierdzenie czy doszło do narażenia z powodu braków w materiale dowodowym lub też biegli pominęli odpowiedź na pytanie dotyczące narażenia. W sprawach o uszkodzenie ciała kwalifikowanych z art. 157 § 1 KK (naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż siedem dni) wydanych zostało 299 opinii (22,2%), w których biegli wskazali na zaistnienie stanu narażenia, w 114 przypadkach (8,5%) nie stwierdzono narażenia, a 43 opiniach (3,2%) nie było możliwe kategoryczne wypowiedzenie się odnośnie narażenia lub też nie udzielono odpowiedzi na pytanie o narażenie. Dla spraw, w których obrażenia pokrzywdzonych kwalifikowane były z art. 157 § 2 KK (naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż siedem dni) lub art. 217 § 1 KK (naruszenie nietykalności cielesnej) różnica między

opiniami, w których zaistniało narażenie i nie stwierdzono narażenia nie była już tak znacząca – w 352 przypadkach (26,2%) wskazano na narażenie, a w 249 opiniach (18,5%) narażenia nie stwierdzono. Liczba przypadków, w których nie było możliwe kateryczne wypowiedzenie się odnośnie narażenia lub też nie udzielono odpowiedzi na pytanie o narażenie wynosiła 39 opinii (2,9%) dla art. 157 § 1 KK i art. 217 § 1 KK. W sprawach, w których nie stwierdzano obrażeń ciała u pokrzywdzonych w 69 opiniach (5,1%) wskazano na przesłanki narażenia, w 72 opiniach (5,4 %) nie zaistniało zdaniem biegłych narażenie, a 9 przypadkach (0,7%) nie było możliwe kateryczne wypowiedzenie się odnośnie narażenia lub też nie udzielono odpowiedzi na pytanie. Zwraca uwagę wyraźny coroczny wzrost ilości opinii w sprawach o uszkodzenie ciała kwalifikowanego art. 157 § 1 KK lub art. 217 § 1 KK, w których nie stwierdzano narażenia pomimo istnienia lekkiego stopnia obrażeń u pokrzywdzonych.

Tabela 10. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń i zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	kwalifikacja obrażeń – czy było narażenie												liczba opinii
	art. 156 § 1 KK			art. 157 § 1 KK			art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK			brak obrażeń			
	TAK	NIE	bms	TAK	NIE	bms	TAK	NIE	bms	TAK	NIE	bms	
2004	1	-	-	3	-	3	11	1	3	-	-	-	22
2005	3	2	-	15	2	-	7	1	-	2	4	1	37
2006	2	-	1	11	3	3	18	6	1	5	1	-	51
2007	6	-	-	13	2	1	14	4	2	8	-	-	50
2008	7	4	1	11	5	4	18	5	2	3	1	1	62
2009	2	-	-	11	4	5	22	5	6	3	2	-	60
2010	-	-	1	19	-	4	13	15	2	6	3	1	64
2011	5	-	2	16	8	1	17	15	-	9	2	-	75
2012	6	-	3	24	4	2	34	6	5	2	3	-	89
2013	7	-	-	30	5	7	41	17	4	9	5	2	127
2014	7	1	2	23	18	4	28	30	4	9	8	1	135
2015	7	3	1	31	15	2	27	28	1	2	7	2	126
2016	5	-	4	31	12	3	38	29	5	3	12	-	142
2017	6	-	1	34	13	3	31	48	1	2	17	1	157
2018	8	-	-	27	23	1	33	39	3	6	7	-	147
razem	72	10	16	299	114	43	352	249	39	69	72	9	1344
Tau Kendalla	0,483	-0,055	0,318	0,728	0,689	0,041	0,593	0,825	0,150	0,163	0,722	0,168	0,905
Z	2,51	-0,29	1,65	3,78	3,58	0,21	3,08	4,29	0,78	0,85	3,75	0,87	4,70
P	0,0121	0,7742	0,0980	0,0002	0,0003	0,8325	0,0020	<0,0001	0,4352	0,3976	0,0002	0,3822	<0,0001
$\hat{t}$	-	-	-	1,284	-	-	1,097	1,383	-	-	-	-	1,198
$\hat{f}$	-	-	-	28.4%	-	-	9.7%	38.3%	-	-	-	-	19.8%

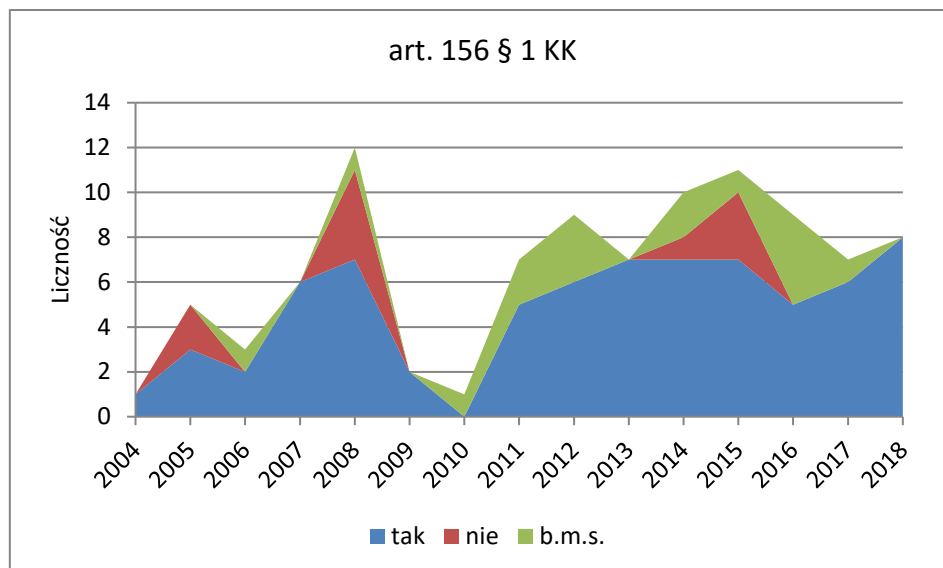
bms – brak możliwości stwierdzenia lub brak odpowiedzi

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

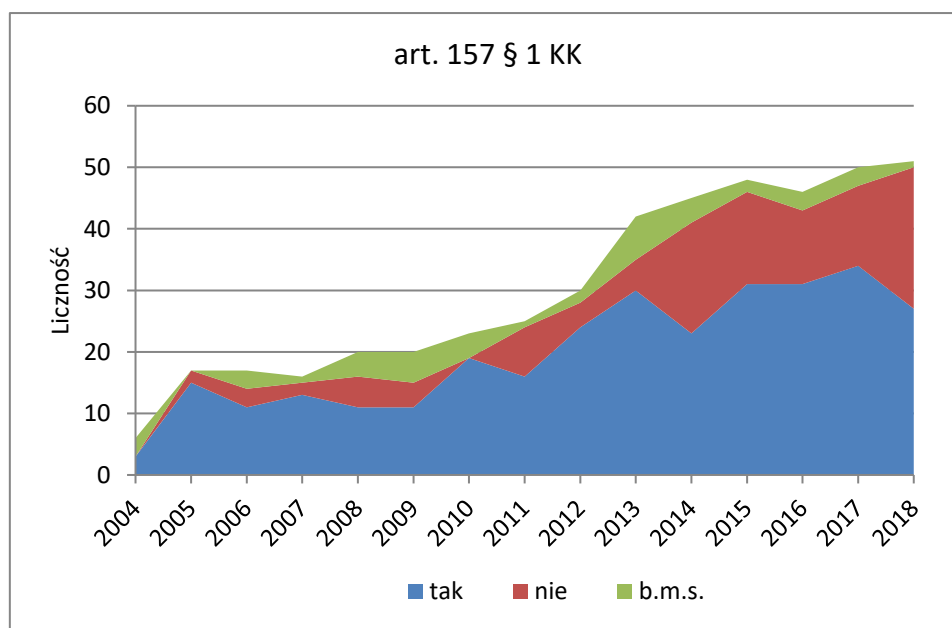
- liczby opinii, w których zaistniało narażenie w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK ($p=0,0121$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,483),
- liczby opinii, w których doszło do narażenia ciała w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 1 KK ($p=0,0002$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,728),
- liczby opinii, w których nie doszło do narażenia ciała w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 1 KK ($p=0,0003$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,689),
- liczby opinii, w których doszło do narażenia ciała w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK ($p=0,0020$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,593),
- liczby opinii, w których nie doszło do narażenia ciała w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK ($p < 0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,825),
- liczby opinii, w których nie zaistniało narażenie w sprawach dotyczących pokrzywdzonych bez obrażeń ciała ($p=0,0002$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,722).

Liczba opinii, w których doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 KK w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 28,4%. Liczba opinii, w których doszło do narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 9,7%, a liczba opinii, w której nie doszło do narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK zwiększała się średnio co rok o 38,3%.



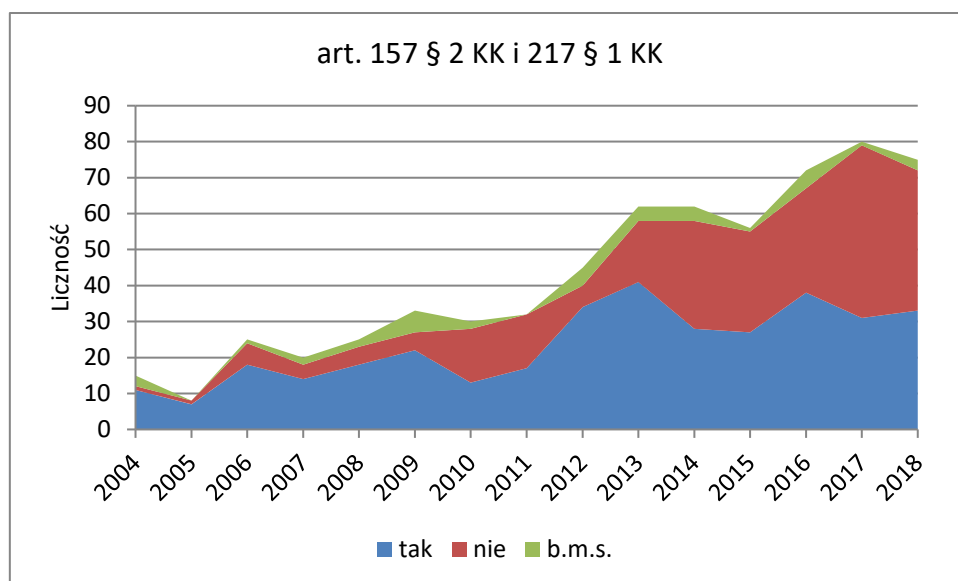
tak – było narażenie; nie – nie stwierdzono narażenia; bms – brak możliwości stwierdzenia/brak odpowiedzi

Rycina 19. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 156 § 1 kk w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

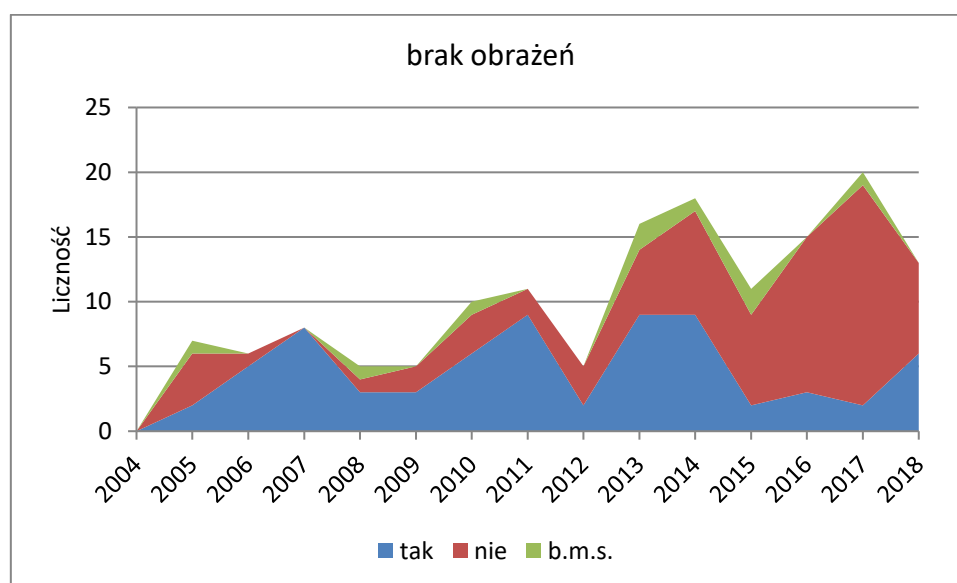


tak – było narażenie; nie – nie stwierdzono narażenia; bms – brak możliwości stwierdzenia/brak odpowiedzi

Rycina 20. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 1 kk w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 21. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 kk i 217 § 1 kk w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 22. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach, w których nie stwierdzono obrażeń pokrzywdzonych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.9. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym okresie wydanych zostało 587 opinii dotyczących narażenia w sprawach kwalifikowanych jako bójka lub pobicie, tj. przestępstwo z art. 158 § 1 KK. Art. 158 KK zawiera inną – trzystopniową gradację narażenia w porównaniu do art. 160 KK („*Kto bierze udział w bójce lub pobiciu, w którym naraża się człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1*”). Na potrzeby analizy przyjęto, że do zaistnienia narażenia w konkluzji opinii wystarczające było wskazanie przez biegłego któregośkolwiek ze stopni narażenia określonych w art. 158 KK.

Badany zbiór przypadków podzielony został na następujące grupy: pobicie, udział w bójce (art. 158 § 1 KK) oraz bójka lub pobicie z użyciem broni palnej, noża lub innego niebezpiecznego narzędzia (art. 159 KK), co zostało przedstawione w tabeli 11 oraz zilustrowane na rycinach 23 i 24. Opinie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących bójki lub pobicia wydawane były wyłącznie przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej zatrudnionych w KiZMS.

Przeważającą ilościowo grupę stanowiły opinie w sprawach dotyczących pobicia – 518 opinii (88,2%), w porównaniu do opinii wydanych w sprawach udziału w bójce – 42 przypadki (7,2%). Jedynie 27 opinii w ciągu 15 lat wydanych zostało w sprawach z art. 159 KK, co stanowiło 4,6% przypadków. Tendencję wzrostową można było zaobserwować jedynie dla liczby opinii wydawanych rocznie w sprawach dotyczących pobicia.

Tabela 11. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia w zależności od kwalifikacji karnej, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

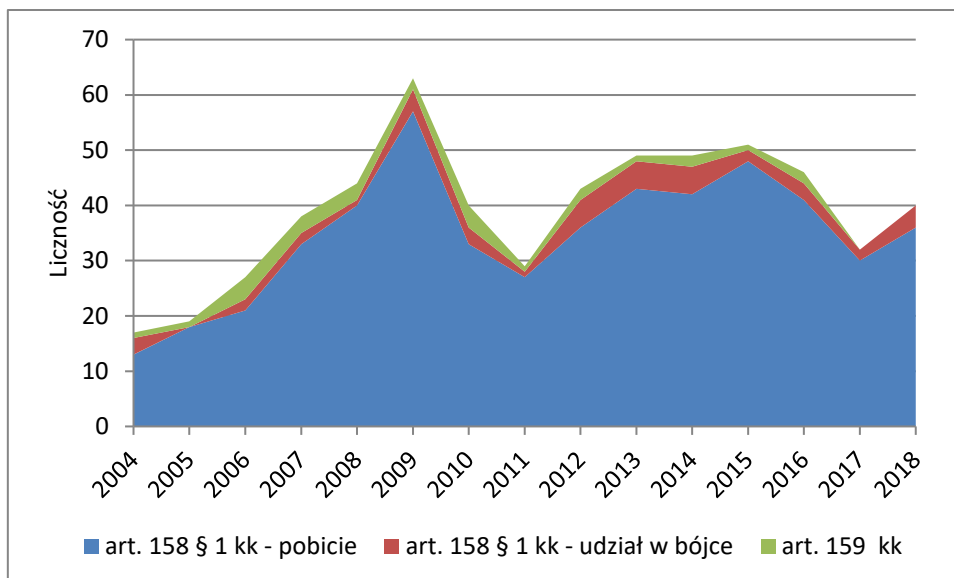
Rok	art. 158 § 1 KK - pobicie		art. 158 § 1 KK - udział w bójce		art. 159 KK		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	
2004	13	76,5	3	17,6	1	5,9	17
2005	18	94,7	-	-	1	5,3	19
2006	21	77,8	2	7,4	4	14,8	27
2007	33	86,8	2	5,3	3	7,9	38
2008	40	90,9	1	2,3	3	6,8	44
2009	57	90,5	4	6,3	2	3,2	63
2010	33	82,5	3	7,5	4	10,0	40
2011	27	93,2	1	3,4	1	3,4	29
2012	36	83,7	5	11,6	2	4,7	43
2013	43	87,8	5	10,2	1	2,0	49
2014	42	85,7	5	10,2	2	4,1	49
2015	48	94,1	2	3,9	1	2,0	51
2016	41	89,1	3	6,5	2	4,4	46
2017	30	93,7	2	6,3	-	-	32
2018	36	90,0	4	10,0	-	-	40
Razem	518	88,2	42	7,2	27	4,6	587
Tau Kendalla	0,394	0,257	0,276	0,125	-0,379	-0,567	0,394
Z	2,05	1,34	1,44	0,65	-1,97	-2,95	2,05
p	0,0405	0,1815	0,1512	0,5160	0,0490	0,0032	0,0405
$\hat{t}$	1,139	1,020	-	-	-	-	1,117
$\hat{r}$	13,9%	2,0%	-	-	-	-	11,7%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

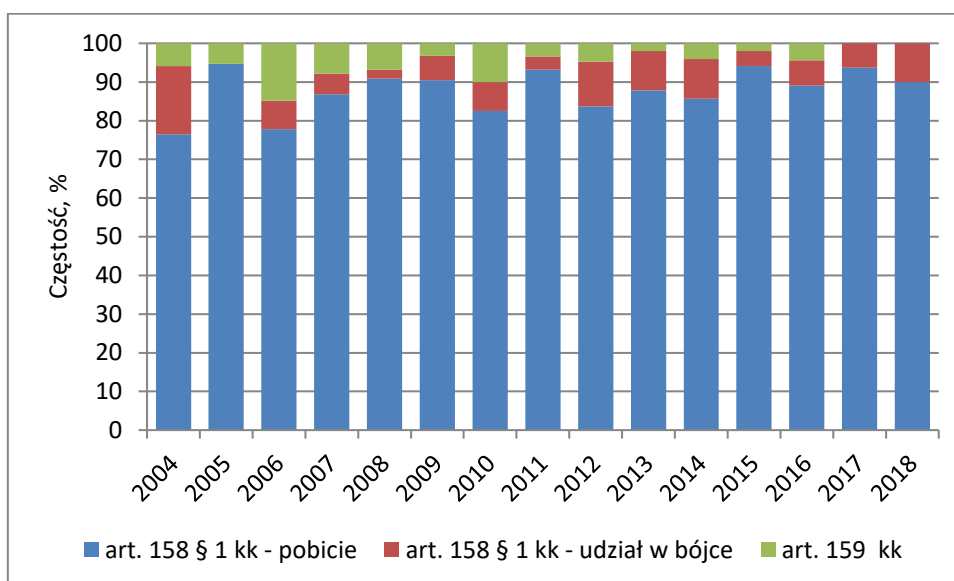
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii z art. 158 § 1 KK – pobicie ($p=0,0405$) – dodatnia słaba korelacja (Tau Kendalla=0,394),
- liczby opinii z art. 159 KK ($p=0,0490$) – ujemna słaba korelacja (Tau Kendalla=-0,379),
- odsetka opinii z art. 159 KK ($p=0,0032$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla=-0,567).

Liczba opinii z art. 158 § 1 KK w sprawach dotyczących pobicia w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 13,9%.



Rycina 23. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia w zależności od kwalifikacji karnej, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 24. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia w zależności od kwalifikacji karnej, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Opinie dotyczące bójki lub pobicia podzielone zostały w zależności od zaistnienia lub braku narażenia zgodnie z opinią biegłych. Kryterium do zaliczenia danej opinii do zbioru przypadków, w który doszło do narażenia, było stwierdzenie przez biegłych narażenia w przebiegu bójki lub pobicia na co najmniej jeden z czynników wymienionych w art. 158 § 1

KK, tj. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, na nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 KK (ciężki uszczerbek na zdrowiu) lub na nastąpienie skutku określonego w art. 157 § 1 KK (naruszenie czynności narządów ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż siedem dni). Podział opinii w sprawach bójki lub pobicia w zależności o zaistnienia lub braku narażenia przedstawiony został w tabeli 12 i zilustrowany na rycinach 25 i 26.

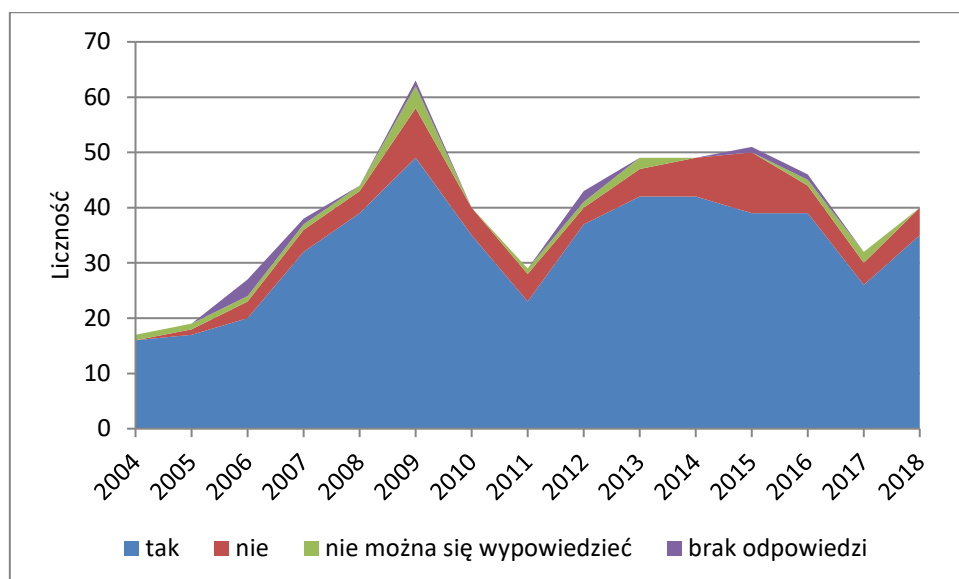
W 491 opiniach (83,6%) stwierdzono zaistnienie narażenia uczestników bójki lub pobicia, w 71 przypadkach (12,1%) wskazano na brak narażenia, w 16 opiniach (2,7%) nie było możliwe kateryczne wypowiedzenie się odnośnie narażenia, natomiast w 9 sprawach (1,6%) biegli nie udzieli odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia.

Tabela 12. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 KK lub w art. 157 § 1 KK w sprawach bójki lub pobicia w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

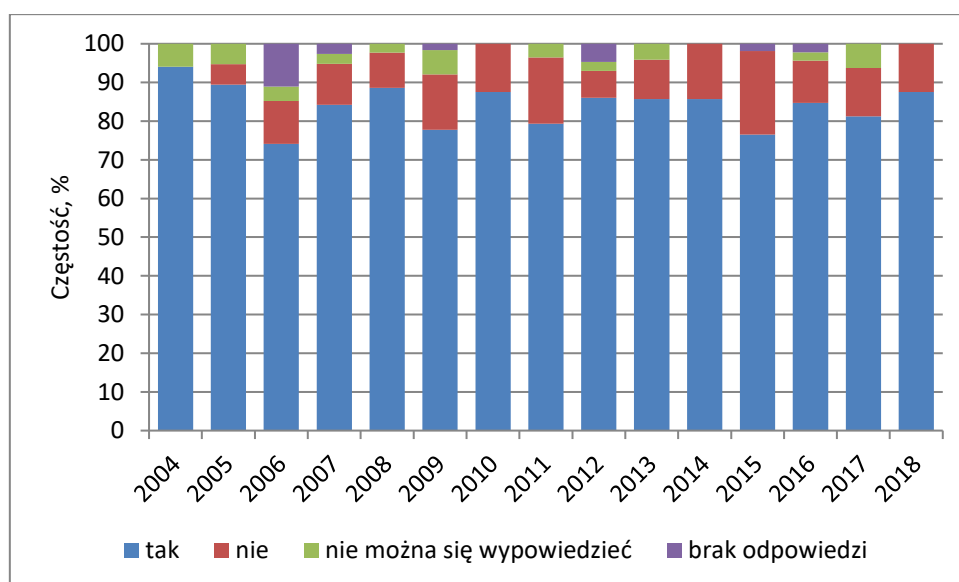
Rok	bójka lub pobicie - czy doszło do narażenia								liczba opinii
	TAK		NIE		nie można się wypowiedzieć		brak odpowiedzi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	16	94,1	-	-	1	5,9	-	-	17
2005	17	89,4	1	5,3	1	5,3	-	-	19
2006	20	74,1	3	11,1	1	3,7	3	11,1	27
2007	32	84,2	4	10,6	1	2,6	1	2,6	38
2008	39	88,6	4	9,1	1	2,3	-	-	44
2009	49	77,8	9	14,3	4	6,3	1	1,6	63
2010	35	87,5	5	12,5	-	-	-	-	40
2011	23	79,3	5	17,2	1	3,5	-	-	29
2012	37	86,0	3	7,0	1	2,3	2	4,7	43
2013	42	85,7	5	10,2	2	4,1	-	-	49
2014	42	85,7	7	14,3	-	-	-	-	49
2015	39	76,5	11	21,6	-	-	1	1,9	51
2016	39	84,7	5	10,9	1	2,2	1	2,2	46
2017	26	81,2	4	12,5	2	6,3	-	-	32
2018	35	87,5	5	12,5	-	-	-	-	40
razem	491	83,6	71	12,1	16	2,7	9	1,6	587
Tau Kendalla	0,351	-0,202	0,481	0,303	-0,140	-0,367	-	-	0,394
Z	1,83	-1,05	2,50	1,51	-0,73	-1,91	-	-	2,05
p	0,0679	0,2941	0,0125	0,1306	0,4670	0,0568	-	-	0,0405
$\hat{t}$	1,099	0,984	-	-	-	-	-	-	1,117
$\hat{r}$	9,9%	-1,6%	-	-	-	-	-	-	11,7%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotna korelacja z latami wystąpiła dla liczby opinii dotyczących bójki lub pobicia, w której nie doszło do narażenia ($p=0,0125$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,481).



Rycina 25. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 KK lub w art. 157 § 1 KK w sprawach bójki lub pobicia w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 26. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 KK lub w art. 157 § 1 KK w sprawach bójki lub pobicia w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W kolejnym etapie badań opinii wydanych w sprawach dotyczących bójki lub pobicia dokonano zestawienia kwalifikacji karnej zdarzenia (pobicie, bójka – art. 158 § 1 KK, art. 159 KK) z treścią opinii o zaistnieniu lub braku narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 KK (ciężki uszczerbek na zdrowiu) lub na nastąpienie skutku określonego w art. w art. 157 § 1 KK (naruszenie czynności narządów ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż siedem dni). Podział opinii w sprawach bójki lub pobicia w zależności o zaistnienia lub braku narażenia przedstawiony został w tabeli 13 i zilustrowany na rycinach 27 i 28.

W przypadku pobicia w 437 sprawach (74,4%) wskazano na zaistnienie narażenia, a jedynie w 67 opiniach (11,4%) nie stwierdzono przesłanek narażenia, natomiast w 14 przypadkach (2,4%) nie było możliwe wydanie kategorycznej opinii odnośnie narażenia lub odpowiedzi takiej nie udzielono w ogóle. W sprawach dotyczących bójki w 37 opiniach (6,3%) stwierdzono narażenie, a w 5 opiniach (0,9%) w ocenie biegłych do narażenia nie doszło. W każdej opinii wydanej w sprawie bójki lub pobicia z użyciem broni palnej, noża lub innego niebezpiecznego narzędzia (art. 159 KK) stwierdzono narażenie (27 opinii – 4,6%). W żadnej z opinii wydawanych w sprawach bójek i art. 159 KK nie było przypadku, gdy biegli nie mogli kategorycznie wypowiedzieć się o zaistnieniu lub braku narażenia.

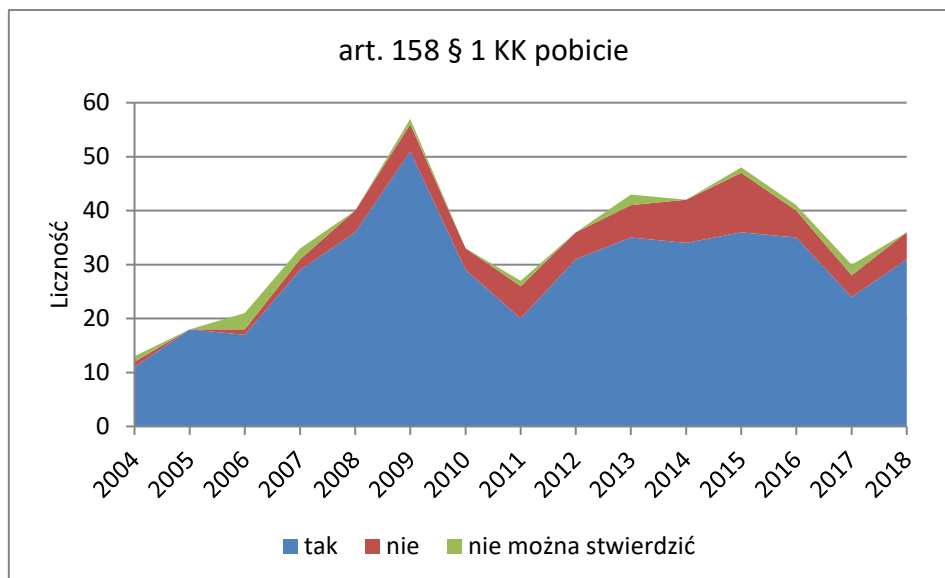
Tabela 13. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 KK lub w art. 157 § 1 KK w zależności od kwalifikacji karnej oraz zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	czy doszło do narażenia									liczba opinii
	art. 158 § 1 KK pobicie			art. 158 § 1 KK bójka			art. 159 KK			
	TAK	NIE	nie można stwier- dzić	TAK	NIE	nie można stwier- dzić	TAK	NIE	nie można stwier- dzić	
2004	11	1	1	3	-	-	1	-	-	17
2005	18	-	-	-	-	-	1	-	-	19
2006	17	1	3	2	-	-	4	-	-	27
2007	29	2	2	2	-	-	3	-	-	38
2008	36	4	-	-	1	-	3	-	-	44
2009	51	5	1	3	1	-	2	-	-	63
2010	29	4	-	2	1	-	4	-	-	40
2011	20	6	1	1	-	-	1	-	-	29
2012	31	5	-	5	-	-	2	-	-	43
2013	35	6	2	4	1	-	1	-	-	49
2014	34	8	-	5	-	-	2	-	-	49
2015	36	11	1	2	-	-	1	-	-	51
2016	35	5	1	2	1	-	2	-	-	46
2017	24	4	2	2	-	-	-	-	-	32
2018	31	5	-	4	-	-	-	-	-	40
razem	437	67	14	37	5	-	27	-	-	587
Tau Kendalla	0,340	0,584	-0,056	0,253	0,028	-	-0,379	-	-	0,394
Z	1,77	3,03	-0,29	1,31	0,14	-	-1,97	-	-	2,05
p	0,0774	0,0024	0,7726	0,1894	0,8860	-	0,0490	-	-	0,0405
$\hat{t}$	1,139	-	-	-	-	-	-	-	-	1,117
$\hat{r}$	13,9%	-	-	-	-	-	-	-	-	11,7%

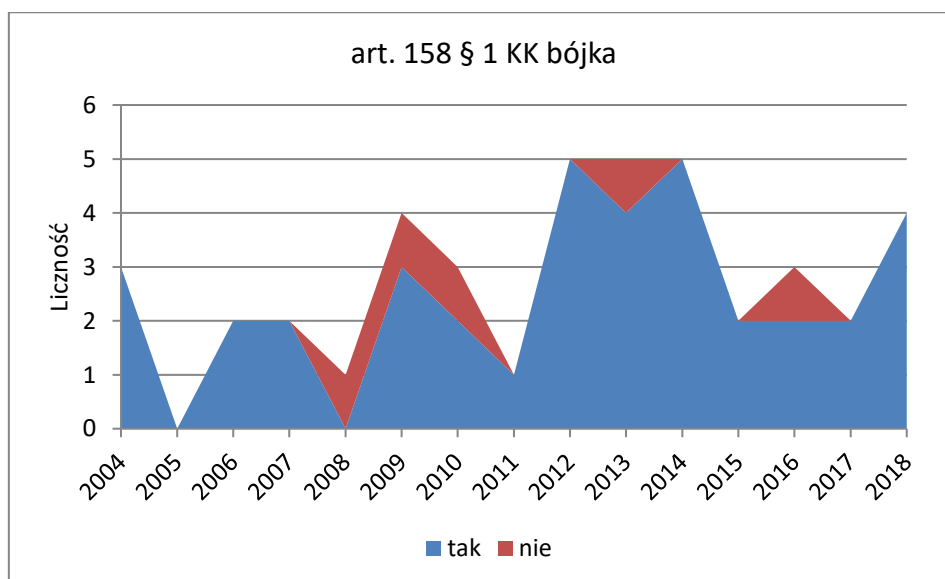
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii, w której nie doszło do narażenia z art. 158 § 1 kk w sprawach o pobicie ($p=0,0024$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,584),
- liczby opinii, w której doszło do narażenia z art. 159 kk ($p=0,0490$) – ujemna słaba korelacja (Tau Kendalla=-0,379).



Rycina 27. Liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach z art. 158 § 1 kk – pobicie, w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 28. Liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach z art. 158 § 1 kk – bójka, w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.10. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach oceny postępowania personelu medycznego wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym materiale sprawy dotyczące oceny postępowania personelu medycznego (błędy medyczne) stanowiły 896 opinii. Kryterium zaliczenia sprawy o błąd medyczny do badanej grupy opinii było zawarte w tezie dowodowej postanowienia wydanego przez organ procesowy pytanie odnośnie wystąpienia narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 1 KK). Sprawy karne dotyczące błędów medycznych opiniowane w KiZMS, w których zlecniodawca opinii nie zadawał pytania o narażenie, nie były zaliczane do badanej grupy opinii. Opinie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących oceny postępowania medycznego wydawane były w przeważającej większości przez zespoły biegłych, w skład których wchodził lekarz specjalista medycyny sądowej oraz specjaliści klinicznych dziedzin medycyny. Podział opinii w sprawach błędów medycznych w zależności o zaistnienia lub braku narażenia przedstawiony został w tabeli 14 i zilustrowany na rycinach 29 i 30.

Spośród opinii dotyczących narażenia w sprawach podejrzenia popełnienia błędu medycznego w 597 przypadkach (66,6%) opiniujące zespoły biegłych nie stwierdziły narażenia. Zdaniem biegłych w 158 przypadkach (17,6%) zaistniało narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu na skutek błędnego postępowania personelu medycznego. W 15 przypadkach (1,7%) nie było możliwe udzielenie kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia z uwagi na braki w materiale dowodowym. Zaskakujące natomiast jest, że w 126 opiniach (14,1%) biegli nie udzielili odpowiedzi na pytanie zlecniodawcy dotyczące narażenia, pomimo iż było ono zawarte w tezie dowodowej postanowienia o powołaniu zespołu biegłych. Przyczyny braku udzielania przez biegłych odpowiedzi na pytania dotyczące narażenia zostały przeanalizowane w dyskusji (rozdział 5). Najwięcej opinii, w których biegli nie udzielili odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia wydanych zostało w latach: 2014 (20), 2015 (32) i 2016 (25 przypadków). Zauważalny jest skokowy wzrost ilości opinii w sprawach błędów medycznych, w których nie stwierdzono narażenia w latach 2017 i 2018.

Tabela 14. Podział spraw dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

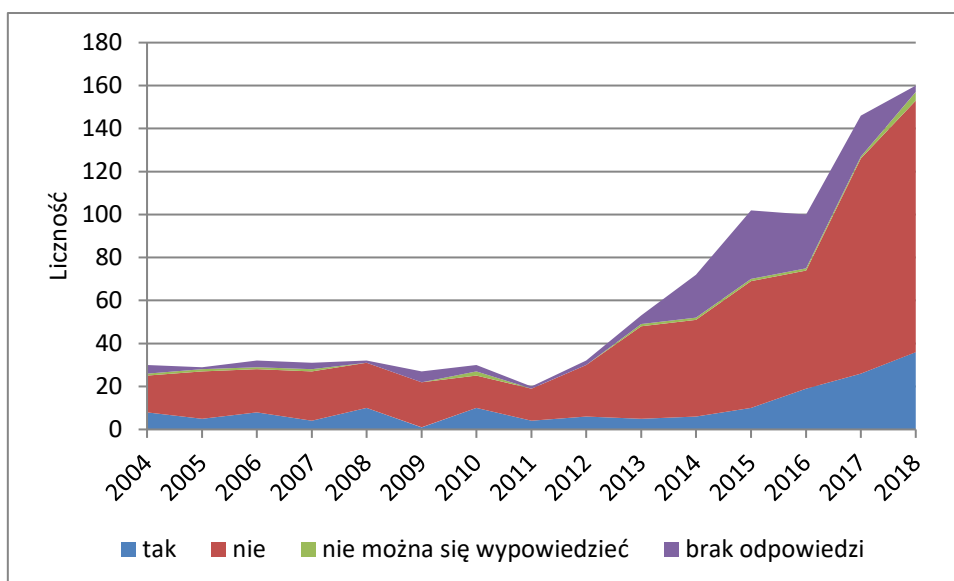
Rok	sprawy dotyczące błędów medycznych - czy doszło do narażenia								
	TAK		NIE		nie można się wypowiedzieć		brak odpowiedzi		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	8	26,7	17	56,7	1	3,3	4	13,3	30
2005	5	17,3	22	75,9	1	3,4	1	3,4	29
2006	8	25,0	20	62,5	1	3,1	3	9,4	32
2007	4	12,9	23	74,2	1	3,2	3	9,7	31
2008	10	31,3	21	65,6	-	-	1	3,1	32
2009	1	3,7	21	77,8	-	-	5	18,5	27
2010	10	33,3	15	50,0	2	6,7	3	10,0	30
2011	4	20,0	15	75,0	-	-	1	5,0	20
2012	6	18,8	24	75,0	-	-	2	6,2	32
2013	5	9,4	43	81,1	1	1,9	4	7,6	53
2014	6	8,3	45	62,5	1	1,4	20	27,8	72
2015	10	9,8	59	57,8	1	1,0	32	31,4	102
2016	19	19,0	55	55,0	1	1,0	25	25,0	100
2017	26	17,8	100	68,5	1	0,7	19	13,0	146
2018	36	22,5	117	73,1	4	2,5	3	1,9	160
razem	158	17,6	597	66,6	15	1,7	126	14,1	896
Tau Kendalla	0,434	-0,143	0,644	-0,029	0,209	-0,237	0,350	0,143	0,631
Z	2,25	-0,74	3,35	-0,15	1,09	-1,23	1,82	0,74	3,28
p	0,0242	0,4579	0,0008	0,8808	0,2774	0,2189	0,0686	0,4579	0,0010
$\hat{t}$	1,013	0,930	1,092	1,024	-	-	1,012	0,949	1,067
$\hat{r}$	1,3%	-7,0%	9,2%	2,4%	-	-	1,2%	-5,1%	6,7%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

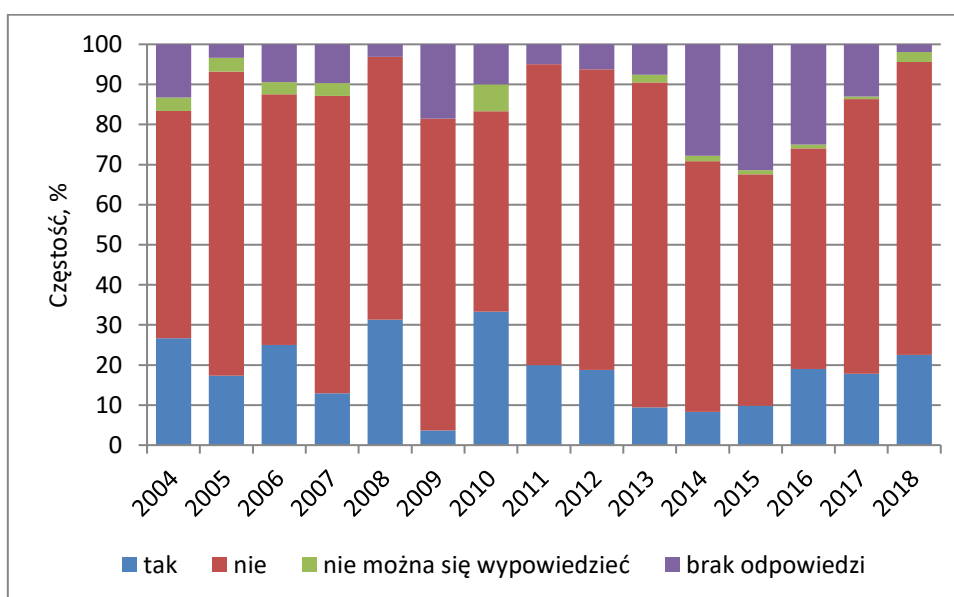
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii, w których stwierdzono narażenie ($p=0,0242$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,434),
- liczby opinii, w których nie stwierdzono narażenia ($p=0,0008$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,664).

Liczba spraw, w których doszło do narażenia w sprawach błędów medycznych w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 1,3%. Liczba spraw, w których nie doszło do narażenia w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 9,2%.



Rycina 29. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 30. Odsetek dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Opinie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach oceny postępowania personelu medycznego wydawane były przez różne zespoły biegłych, w zależności od rodzaju sprawy. Oprócz

specjaliści medycyny sądowej w skład zespołów opiniujących wchodził lekarze specjaliści 29 różnych specjalizacji. Zespoły biegłych w wielu przypadkach składały się z kilku lekarzy specjalistów klinicznych dziedzin medycyny. Tabele 15 i 16 oraz rycina 31 przedstawiają zestawienie specjalizacji lekarskich biegłych sporządzających opinie dotyczące narażenia w sprawach błędów medycznych.

Spośród specjalizacji lekarskich najliczniejsza największą ilość opinii wydano z udziałem ginekologa – położnika (215), następnie 156 opinii sporządzono z udziałem specjalisty medycyny ratunkowej, w 143 sprawach opiniował chirurg ogólny, w 88 przypadkach neurochirurg, w 78 opiniach anestezjolog, w 62 przypadkach neonatolog, w 51 sprawach kardiolog. Zwraca uwagę, że w analizowanym okresie 39 opinii dotyczących narażenia w sprawach o błąd medyczny zostało wydanych samodzielnie przez specjalistów medycyny sądowej, bez udziału biegłych z klinicznych dziedzin medycyny.

Tabela 15. Zestawienie specjalizacji lekarskich, których biegli lekarze wydawali zespołowe opinie dotyczące narażenia w sprawach błędów medycznych w KiZMS w latach 2004 – 2018

specjalizacje lekarskie	Rok															
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	razem
ginekolog- położnik	14	11	6	8	11	8	7	7	10	10	22	21	16	28	36	215
spec. med. ratunkowej	-	-	-	-	-	1	-	-	2	6	6	10	28	41	62	156
chirurg ogólny	7	11	11	12	14	5	6	-	4	6	3	10	6	20	28	143
neurochirurg	1	1	4	1	2	1	1	1	2	7	9	17	20	15	6	88
anestezjolog	1	2	1	1	1	4	-	2	4	8	9	10	4	13	18	78
neonatolog	1	1	-	-	6	1	2	1	2	2	10	8	6	10	12	62
kardiolog	2	4	5	2	1	1	-	1	1	2	5	8	8	7	4	51
spec. chorób wewn.	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	3	7	4	8	18	41
pediatra	-	-	1	-	-	1	-	-	1	2	4	9	11	5	7	41
medyk sądowy	2	-	2	1	1	1	2	3	3	5	6	4	3	5	1	39
laryngolog	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2	6	9	6	6	31
neurolog	1	1	2	-	1	1	-	-	-	3	2	3	2	6	7	29
kardiochirurg	-	1	1	1	-	-	2	2	2	1	1	4	3	6	2	26
pulmonolog	-	-	-	-	1	-	2	2	1	1	1	3	1	1	7	20
toksykolog	1	2	-	3	1	2	-	-	1	1	1	1	2	1	1	17
chirurg dziecięcy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	1	1	6	14
ortopeda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	4	6	13
chirurg naczyniowy	-	-	2	1	-	2	1	2	2	-	-	1	1	-	-	12
onkolog	1	-	2	-	-	1	-	-	1	1	1	-	-	1	-	8
stomatolog	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	1	-	2	1	8
lekarz rodzinny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	2	6
dermatolog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	1	1	6
psychiatra	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	5
patomorfolog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	4
hematolog	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	4
radiolog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3
torakochirurg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
diabetolog	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
endokrynolog	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2

Tabela 16 przedstawia analizę statystyczną najczęstszych specjalizacji lekarskich, których lekarze wydawali zespołowe opinie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących błędów medycznych.

Tabela 16. Najczęstsze specjalizacje lekarskie biegłych wydających opinie dotyczące narażenia w sprawach błędów medycznych w KiZMS latach 2004 – 2018

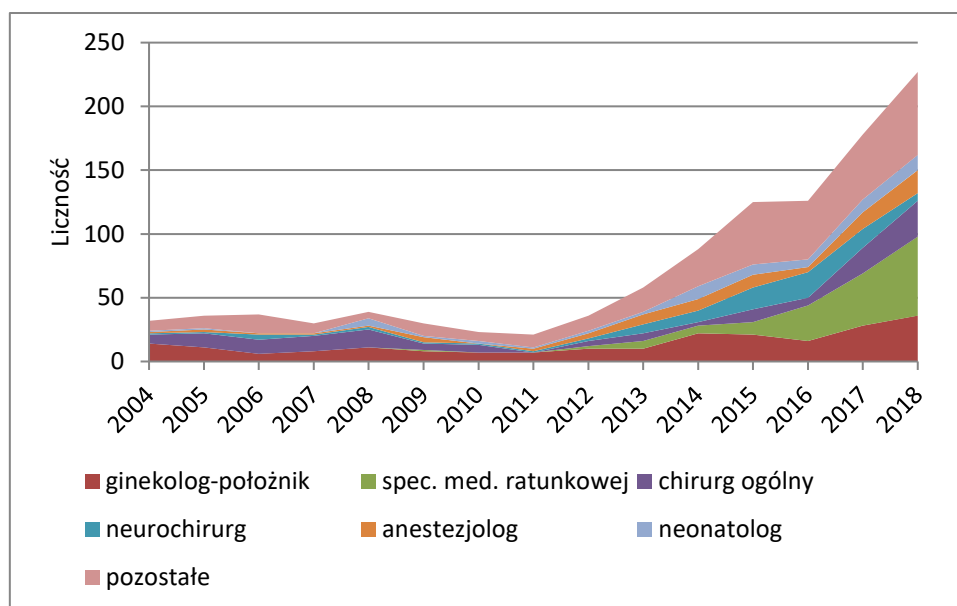
Rok	ginekolog-położnik	spec. med. ratunkowej	chirurg ogólny	neurochirurg	anestezjolog	neonatolog	pozostałe
2004	14	-	7	1	1	1	9
2005	11	-	11	1	2	1	11
2006	6	-	11	4	1	-	16
2007	8	-	12	1	1	-	9
2008	11	-	14	2	1	6	6
2009	8	1	5	1	4	1	11
2010	7	-	6	1	-	2	7
2011	7	-	-	1	2	1	10
2012	10	2	4	2	4	2	12
2013	10	6	6	7	8	2	24
2014	22	6	3	9	9	10	32
2015	21	10	10	17	10	8	51
2016	16	28	6	20	4	6	51
2017	28	41	20	15	13	10	60
2018	36	62	28	6	18	12	77
Tau Kendalla	0,437	0,846	0,049	0,590	0,691	0,678	0,676
Z	2,27	4,40	0,25	3,06	3,59	3,52	3,51
p	0,0232	<0,0001	0,8008	0,0022	0,0003	0,0004	0,0004
$\hat{i}$	1,007	-	-	1,178	-	-	1,105
$\hat{r}$	0,7%	-	-	17,8%	-	-	10,5%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla specjalizacji:

- ginekologia i położnictwo ($p=0,0232$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,437),
- medycyna ratunkowa ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,846),
- neurochirurgia ($p=0,0022$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,590),
- anestezjologia ($p=0,0003$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,691),
- neonatologia ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,678)
- pozostałe specjalizacje ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,676).

Liczba opinii wydających przez biegłych w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 0,7% w specjalizacji ginekologia i położnictwo, o 17,8% w specjalizacji neurochirurgia, a o 10,5% w pozostałych specjalizacjach.



Rycina 31. Najczęstsze specjalizacje lekarskie biegłych wydających opinie dotyczące narażenia w sprawach dotyczących błędów medycznych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W celu dokonania analizy statystycznej opinii dotyczących narażenia w sprawach oceny postępowania personelu medycznego opinie zostały pogrupowane w zbiory uwzględniające pokrewne dziedziny nauk medycznych: ginekologia i położnictwo, chirurgia i ortopedia, medycyna ratunkowa i anestezjologia, neurologia i neurochirurgia, kardiologia i kardiochirurgia, choroby wewnętrzne, pediatria i neonatologia oraz pozostałe. Podział ten przedstawiono w tabeli 17 oraz na rycinach 32 i 33. Do opinii chirurgicznych zaliczono wszystkie wydane w sprawach dotyczących podstawowych i szczegółowych specjalizacji chirurgicznych (chirurgia ogólna, naczyniowa, dziecięca, torakochirurgia). Do opinii z zakresu chorób wewnętrznych zaliczono wszystkie wydane w szczegółowych specjalizacjach internistycznych, poza kardiologią (pulmonologia, endokrynologia, diabetologia, hematologia). Specjalności neurologia i neurochirurgia, kardiologia i kardiochirurgia, pediatria i neonatologia zostały zestawione razem, zwłaszcza że w sprawach dotyczących tych dziedzin medycznych opinie w wielu przypadkach wydawały zespoły biegłych w składzie np. neurolog i neurochirurg czy kardiolog i kardiochirurg.

Najliczniejszą grupę stanowiły opinie z zakresu ginekologii i położnictwa – 204 przypadki (22,8%). Opinie wydane w sprawach z zakresu medycyny ratunkowej/anestezjologii i intensywnej terapii wynosiły 172 przypadki (19,2%), z zakresu chirurgii ogólnej i ortopedii 170 przypadków (19%). 96 opinii (10,7%) wydanych zostało w sprawach neurologicznych i neurochirurgicznych, 70 opinii (7,8%) w sprawach z zakresu kardiologii i kardiochirurgii, 57

opinii (6,4%) dotyczyło chorób wewnętrznych, 55 opinii (6,1%) sporządzono w sprawach pediatrycznych i 72 opinie (8%) w zakresie pozostałych specjalizacji lekarskich (np. otolaryngologii, psychiatrii, toksykologii klinicznej, dermatologii, medycyny rodzinnej, stomatologii, onkologii, patomorfologii, radiologii). Zwraca uwagę wzrost ilości opinii z dziedziny medycyny ratunkowej/anestezjologii i intensywnej terapii w latach 2017 – 2018, spraw z zakresu neurochirurgii i neurologii w latach 2014 – 2017 oraz ginekologii i położnictwa w latach 2014 – 2018.

Tabela 17. Podział opinii dotyczących narażenia w sprawach błędów medycznych z uwzględnieniem pokrewnych specjalizacji lekarskich, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

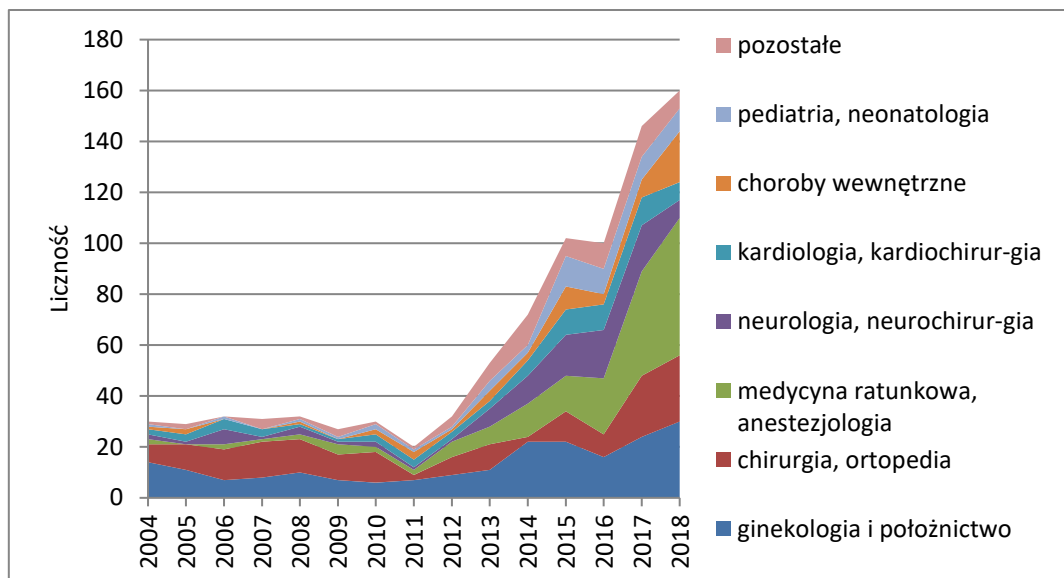
Rok	ginekologia i położnictwo		chirurgia, ortopedia		medycyna ratunkowa, anestezjologia		neurologia, neurochirurgia		kardiologia, kardiochirurgia		choroby wewnętrzne		pediatria, neonatologia		pozostałe		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	14	46,7	7	23,3	2	6,7	2	6,7	2	6,7	1	3,3	1	3,3	1	3,3	30
2005	11	37,9	10	34,5	0	0	1	3,4	3	10,4	2	6,9	0	0	2	6,9	29
2006	7	21,9	12	37,5	2	6,3	6	18,7	4	12,5	0	0	1	3,1	0	0	32
2007	8	25,8	14	45,2	1	3,2	1	3,2	3	9,7	0	0	0	0	4	12,9	31
2008	10	31,3	13	40,6	2	6,3	3	9,4	1	3,1	1	3,1	1	3,1	1	3,1	32
2009	7	25,9	10	37,1	4	14,8	1	3,7	1	3,7	0	0	1	3,7	3	11,1	27
2010	6	20	12	40	2	6,7	2	6,7	3	10	2	6,7	2	6,7	1	3,2	30
2011	7	35	2	10	2	10	1	5	3	15	3	15	1	5	1	5	20
2012	9	28,1	7	21,9	6	18,8	1	3,1	3	9,4	1	3,1	1	3,1	4	12,5	32
2013	11	20,8	10	18,9	7	13,2	7	13,2	3	5,7	4	7,5	4	7,5	7	13,2	53
2014	22	30,6	2	2,8	13	18	11	15,3	6	8,3	3	4,2	3	4,2	12	16,6	72
2015	22	21,5	12	11,8	14	13,7	16	15,7	10	9,8	9	8,8	12	11,8	7	6,9	102
2016	16	16	9	9	22	22	19	19	10	10	4	4	10	10	10	10	100
2017	24	16,4	24	16,4	41	28,1	18	12,4	11	7,5	7	4,8	9	6,2	12	8,2	146
2018	30	18,7	26	16,3	54	33,7	7	4,4	7	4,4	20	12,5	9	5,6	7	4,4	160
razem	204	22,8	170	19	172	19,2	96	10,7	70	7,8	57	6,4	55	6,1	72	8	896
Tau Kendalla	0,449	-0,505	0,129	-0,467	0,851	0,740	0,496	0,230	0,583	-0,115	0,677	0,359	0,687	0,534	0,624	0,230	0,631
Z	2,33	-2,62	0,67	-2,42	4,42	3,85	2,58	1,19	3,03	-0,60	3,52	1,87	3,57	2,78	3,24	1,19	3,28
p	0,0197	0,0087	0,5033	0,0153	<0,0001	0,0001	0,0100	0,2327	0,0025	0,5507	0,0004	0,0619	0,0004	0,0055	0,0012	0,2327	0,0010
$\hat{t}$	1,028	0,916	1,042	0,977	-	-	1,087	1,018	1,090	1,021	-	-	-	-	-	-	1,067
$\hat{r}$	2,8%	-8,4%	4,2%	-2,3%	-	-	8,7%	1,8%	9,0%	2,1%	-	-	-	-	-	-	6,7%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

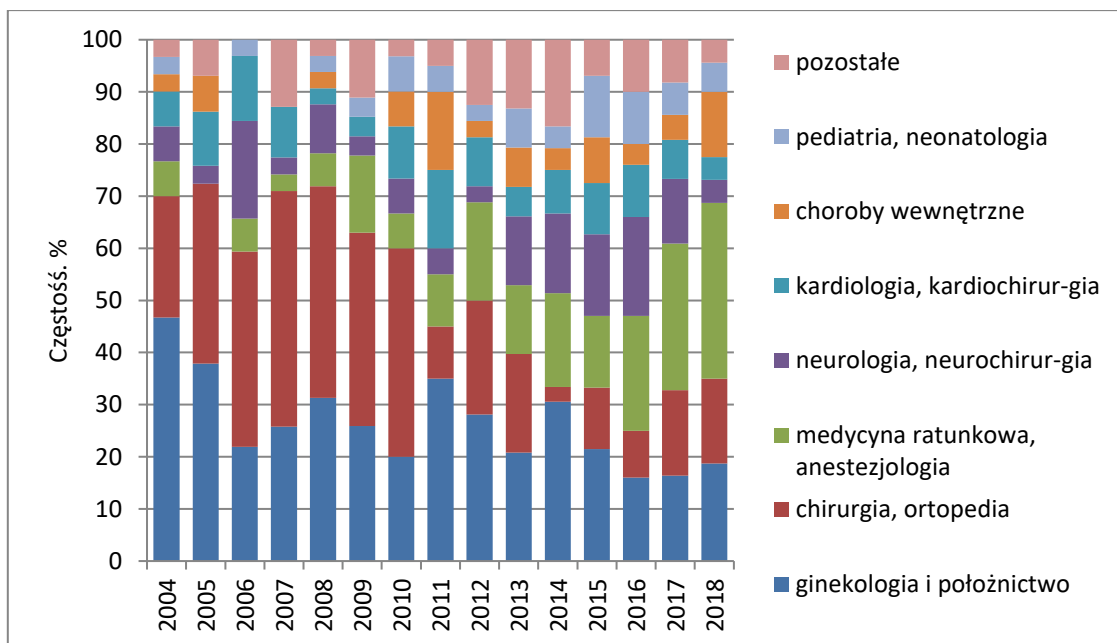
Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii w specjalizacji ginekologia i położnictwo ($p=0,0197$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $0,449$),
- odsetka opinii w specjalizacjach ginekologia i położnictwo ($p=0,0087$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $-0,505$),
- odsetka opinii w specjalizacjach chirurgia, ortopedia ($p=0,0153$) – ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $-0,467$),
- liczby opinii w specjalizacjach medycyna ratunkowa, anestezjologia ($p<0,0001$) – dodatnia bardzo wysoka korelacja (Tau Kendalla= $0,851$),
- odsetka opinii w specjalizacjach medycyna ratunkowa, anestezjologia ($p=0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla= $0,740$),
- liczby opinii w specjalizacjach neurologia, neurochirurgia ($p=0,0100$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $0,496$),
- liczby opinii w specjalizacjach kardiologia, kardiologia ($p=0,0025$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $0,583$),
- liczby opinii w specjalizacji choroby wewnętrzne ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla= $0,677$),
- liczby opinii w specjalizacjach pediatria i neonatologia ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla= $0,687$),
- odsetka opinii w specjalizacjach pediatria i neonatologia ($p=0,0055$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $0,534$),
- liczby opinii wydanych przez biegłych pozostałych specjalizacji ($p=0,0012$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla= $0,624$).

Liczba opinii dotyczących błędów medycznych w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 2,8% w specjalizacji ginekologia i położnictwo, o 4,2% w specjalizacjach chirurgicznych i ortopedii, o 8,7% w specjalizacjach neurologia i neurochirurgia, a o 9,0% w specjalizacjach kardiologia, kardiologia. Odsetek opinii dotyczących błędów medycznych w kolejnych latach malał średnio co rok o 8,4% w specjalizacji ginekologia i położnictwo, a o 2,3% w specjalizacjach chirurgia, ortopedia.



Rycina 32. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych z uwzględnieniem pokrewnych specjalizacji lekarskich zespołów biegłych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 33. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych z uwzględnieniem pokrewnych specjalizacji lekarskich zespołów biegłych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W wyszczególnionych grupach specjalizacji lekarskich przeanalizowano treść opinii biegłych w zakresie zaistnienia lub braku narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W zakresie **ginekologii i położnictwa** w przypadku 122 opinii (59,8%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentek na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 42 opiniach (20,6%) wskazano na narażenie pacjentki (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego), w 8 przypadkach (3,9%) biegli nie mogli udzielić katerycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, natomiast aż w 32 sprawach (15,7%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Zależności te przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Podział opinii z zakresu ginekologii i położnictwa w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	ginekologia i położnictwo - czy doszło do narażenia				
	TAK	NIE	nie można się wypowiedzieć	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	5	7	1	1	14
2005	3	7	1	-	11
2006	2	4	1	-	7
2007	1	7	-	-	8
2008	5	4	-	1	10
2009	-	6	-	1	7
2010	3	3	-	-	6
2011	4	2	-	1	7
2012	4	4	-	1	9
2013	1	9	-	1	11
2014	1	13	-	8	22
2015	2	11	2	7	22
2016	3	9	1	3	16
2017	3	15	-	6	24
2018	5	21	2	2	30
razem [n]	42	122	8	32	204
[%]	20,6	59,8	3,9	15,7	100

W sprawach z zakresu **medycyny ratunkowej/anestezjologii i intensywnej terapii** w przypadku 98 opinii (57%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 49 opiniach (28,5%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego), w 3 przypadkach (1,7%) biegli nie mogli udzielić kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, a w 22 sprawach (12,8%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Zależności te przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19. Podział opinii z zakresu medycyny ratunkowej oraz anestezjologii i intensywnej terapii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 - 2018

lata	medycyna ratunkowa/anestezjologia intensywna terapia - czy doszło do narażenia				
	TAK	NIE	nie można się wypowiedzieć	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	1	-	-	1	2
2005	-	-	-	-	-
2006	2	-	-	-	2
2007	-	1	-	-	1
2008	-	2	-	-	2
2009	-	3	-	1	4
2010	-	1	1	-	2
2011	-	2	-	-	2
2012	2	4	-	-	6
2013	1	5	-	1	7
2014	1	8	1	3	13
2015	-	10	-	4	14
2016	8	5		9	22
2017	12	26	-	3	41
2018	22	31	1	-	54
razem [n]	49	98	3	22	172
[%]	28,5	57	1,7	12,8	100

W zakresie **specjalizacji chirurgicznych oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu** w przypadku 114 opinii (67%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 34 opiniach (20%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego), w 3 przypadkach (1,8%) biegli nie mogli udzielić kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, natomiast aż w 19 sprawach (11,2%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Zależności te przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Podział opinii z zakresu chirurgii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	specjalizacje chirurgiczne i ortopedia - czy doszło do narażenia				
	TAK	NIE	nie można się wypowiedzieć	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	1	5	-	1	7
2005	1	9	-	-	10
2006	3	7	-	2	12
2007	3	10	-	1	14
2008	2	11	-	-	13
2009	1	7	-	2	10
2010	2	7	1	2	12
2011	-	2	-	-	2
2012	-	6	-	1	7
2013	3	5	-	2	10
2014	-	1	-	1	2
2015	3	6	-	3	12
2016	3	5	-	1	9
2017	6	14	1	3	24
2018	6	19	1	-	26
razem [n]	34	114	3	19	170
[%]	20	67	1,8	11,2	100

W zakresie **neurochirurgii i neurologii** w przypadku 57 opinii (59,4%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 8 opiniach (8,4%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego), natomiast aż w 31 sprawach (32,2%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie na niebezpieczeństwo. Nie odnotowano żadnej sprawy, w której biegli nie mogli udzielić kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Zależności te przedstawiono w tabeli 21.

Tabela 21. Podział opinii z zakresu neurochirurgii i neurologii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	neurochirurgia, neurologia - czy doszło do narażenia			
	TAK	NIE	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	-	2	-	2
2005	-	1	-	1
2006	-	5	1	6
2007	-	1	-	1
2008	1	2	-	3
2009	-	-	1	1
2010	-	1	1	2
2011	-	1	-	1
2012	-	1	-	1
2013	1	5	1	7
2014	2	4	5	11
2015	1	5	10	16
2016	2	10	7	19
2017	1	12	5	18
2018	-	7	-	7
razem [n]	8	57	31	96
[%]	8,4	59,4	32,2	100

W sprawach z zakresu **kardiologii i kardiochirurgii** w przypadku 50 opinii (71,4%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 12 opiniach (17,2%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego), w 1 przypadku (1,4%) biegli nie mogli udzielić kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, natomiast w 7 sprawach (10%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Zależności te przedstawiono w tabeli 22.

Tabela 22. Podział opinii z zakresu kardiologii i kardiochirurgii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	kardiologia, kardiochirurgia - czy doszło do narażenia				
	TAK	NIE	nie można się wypowiedzieć	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	1	1	-	-	2
2005	2	1	-	-	3
2006	2	2	-	-	4
2007	-	2	1	-	3
2008	1	-	-	-	1
2009	-	1	-	-	1
2010	2	1	-	-	3
2011	-	3	-	-	3
2012	-	3	-	-	3
2013	-	3	-	-	3
2014	-	5	-	1	6
2015	-	6	-	4	10
2016	2	7	-	1	10
2017	1	9	-	1	11
2018	1	6	-	-	7
razem [n]	12	50	1	7	70
[%]	17,2	71,4	1,4	10	100

W zakresie **chorób wewnętrznych** w przypadku 52 opinii (91,2%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jedynie w 4 opiniach (7%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego) i w 1 przypadku (1,8%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Nie odnotowano żadnej sprawy, w której biegli nie mogli udzielić katagorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Zależności te przedstawiono w tabeli 23.

Tabela 23. Podział opinii z zakresu chorób wewnętrznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	choroby wewnętrzne - czy doszło do narażenia			
	TAK	NIE	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	-	1	-	1
2005	-	2	-	2
2006	-	-	-	-
2007	-	-	-	-
2008	-	1	-	1
2009	-	-	-	-
2010	2	-	-	2
2011	-	3	-	3
2012	-	1	-	1
2013	-	4	-	4
2014	-	3	-	3
2015	1	8	-	9
2016	-	3	1	4
2017	1	6	-	7
2018	-	20	-	20
razem [n]	4	52	1	57
[%]	7	91,2	1,8	100

W sprawach z zakresu **pediatrii i neonatologii** w przypadku 44 opinii (80%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 4 opiniach (7,3%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego), tylko w 1 przypadku (1,8%) biegli nie mogli udzielić katagorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, natomiast w 6 sprawach (10,9%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Zależności te przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24. Podział opinii z zakresu pediatrii i neonatologii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	pediatria, neonatologia - czy doszło do narażenia				
	TAK	NIE	nie można się wypowiedzieć	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	-	1	-	-	1
2005	-	-	-	-	-
2006	-	1	-	-	1
2007	-	-	-	-	-
2008	-	1	-	-	1
2009	-	1	-	-	1
2010	1	1	-	-	2
2011	-	1	-	-	1
2012	-	1	-	-	1
2013	1	2	1	-	4
2014	-	2	-	1	3
2015	1	8	-	3	12
2016	1	7	-	2	10
2017	-	9	-	-	9
2018	-	9	-	-	9
razem [n]	4	44	1	6	55
[%]	7,3	80	1,8	10,9	100

W zakresie **pozostałych specjalizacji lekarskich** w przypadku 59 opinii (81,9%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w 4 opiniach (11,2%) wskazano na narażenie pacjentów (a więc nieprawidłowe postępowanie personelu medycznego) i w 5 przypadkach (6,9%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie o narażenie. Nie odnotowano żadnej sprawy, w której biegli nie mogli udzielić katagorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo. Zależności te przedstawiono w tabeli 25.

Tabela 25. Podział opinii z zakresu pozostałych specjalizacji lekarskich w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	pozostałe specjalizacje lekarskie - czy doszło do narażenia			
	TAK	NIE	brak odpowiedzi	liczba opinii
2004	-	1	-	1
2005	-	2	-	2
2006	-	-	-	-
2007	1	3	-	4
2008	-	1	-	1
2009	-	3	-	3
2010	-	1	-	1
2011	-	1	-	1
2012	-	4	-	4
2013	-	7	-	7
2014	2	8	2	12
2015	2	5	-	7
2016	1	8	1	10
2017	2	9	1	12
2018	-	6	1	7
razem [n]	8	59	5	72
[%]	11,2	81,9	6,9	100

4.11. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W analizowanym okresie wydanych zostało w KiZMS 271 opinii dotyczących wypadków przy pracy w sprawach karnych, w których zadaniem biegłych było udzielenie odpowiedzi na pytanie czy doszło do narażenia pracownika na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 220 § 1 KK). Opinie te wydawane były wyłącznie przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej zatrudnionych w KiZMS. W celu analizy statystycznej opinie w sprawach wypadków przy pracy podzielone zostały na grupy z uwzględnieniem najczęstszych mechanizmów urazów, jakich doznawali pokrzywdzeni w przebiegu wypadków. Do najczęstszych rodzajów urazów w sprawach wypadków przy pracy należały:

- 1) upadki z wysokości,
- 2) różnego rodzaju urazy mechaniczne (zmiażdżeniowe, zadane narzędziami ostrokrawędzistymi – np. amputacje palców, narzędziami tępokrawędzistymi, itd.),
- 3) oparzenia termiczne (w tym pożary), oparzenia chemiczne, wybuchy,
- 4) potrącenia przez pojazdy i maszyny w ruchu,
- 5) porażenie prądem elektrycznym,
- 6) zatrucia związkami chemicznymi,
- 7) pozostałe (niezaliczające się do wyżej wymienionych rodzajów urazów).

Spośród wymienionych urazów najliczniejszą grupę spraw stanowiły opinie dotyczące różnego rodzaju urazów mechanicznych – 105 przypadków (38,8%). Drugą co do liczebności grupę stanowiły przypadki upadków z wysokości – 84 opinie (31%). 26 opinii (9,6%) dotyczyło potrącenia przez pojazdy mechaniczne i maszyny w ruchu, po 12 opinii (4,4%) wydanych zostało w sprawach oparzeń, pożarów i wybuchów oraz zatruc związkami chemicznymi. 9 opinii (3,3%) wydanych zostało na temat porażenia prądem elektrycznym, a sprawy pozostałe stanowiły 23 opinie (8,5%). Podział opinii w sprawach wypadków przy pracy w zależności od rodzaju urazów doznanych przez pokrzywdzonych zawarty został w tabeli 26 i przedstawiony na rycinie 34.

Na uwagę zwraca wzrost ilości opinii dotyczących upadków z wysokości od 2016 roku oraz w sprawach urazów mechanicznych od roku 2014. W okresie 15 lat odnotowano natomiast niewielką ilość opinii dotyczących porażenia prądem elektrycznym (9 przypadków), w latach

2004 – 2010 nie było żadnego tego rodzaju sprawy, a kolejnych latach wpływało rocznie od 1 do 3 tego typu opinii.

Tabela 26. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od urazów doznanych przez pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

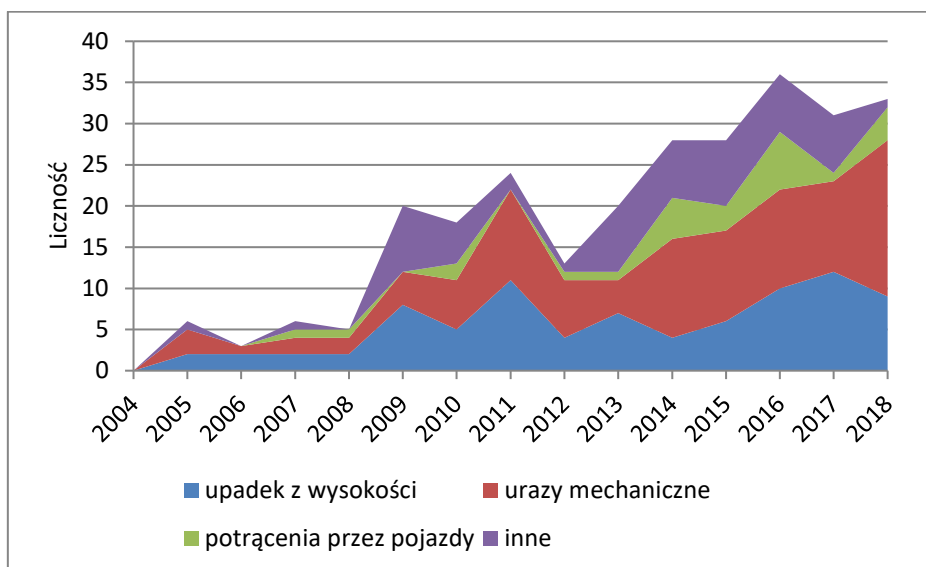
Rok	Rodzaje urazów w sprawach wypadków przy pracy							liczba opinii
	upadek z wysokości	urazy mechaniczne	oparzenia, pożary, wybuchy	potrącenia przez pojazdy	porażenie prądem	zatrucia	pozostałe urazy	
2004	-	-	-	-	-	-	-	0
2005	2	3	-	-	-	-	1	6
2006	2	1	-	-	-	-	-	3
2007	2	2	-	1	-	1	-	6
2008	2	2	-	1	-	-	-	5
2009	8	4	2	-	-	1	5	20
2010	5	6	2	2	-	2	1	18
2011	11	11	-	-	1	1	-	24
2012	4	7	1	1	-	-	-	13
2013	7	4	1	1	1	3	3	20
2014	4	12	1	5	3	1	2	28
2015	6	11	1	3	2	3	2	28
2016	10	12	1	7	1	-	5	36
2017	12	11	3	1	1	-	3	31
2018	9	19	-	4	-	-	1	33
Razem	84	105	12	26	9	12	23	271
[%]	31	38,8	4,4	9,6	3,3	4,4	8,5	100
Tau Kendalla	0,631	0,775	-	0,603	-	-	0,405	0,792
Z	3,28	4,03	-	3,14	-	-	2,10	4,12
p	0,0010	0,0001	-	0,0017	-	-	0,0355	<0,0001
i	-	-	-	-	-	-	-	-
r	-	-	-	-	-	-	-	-

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii dotyczącej upadków z wysokości ($p=0,0010$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,631),
- liczby opinii dotyczącej urazów mechanicznych ($p=0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,775),

- liczby opinii dotyczącej potrącenia przez pojazdy ($p=0,0017$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla= $0,603$),
- liczby opinii dotyczącej pozostałych rodzajów urazów ($p=0,0355$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla= $0,405$).



Rycina 34. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od urazów doznanych przez pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W kolejnym etapie analizy opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków przy pracy opinie te podzielono w zależności od stanowiska biegłych o zaistnieniu lub braku narażenia pracownika na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co zostało przedstawione w tabeli 27 oraz na rycinach 35 i 36.

W 203 opiniach (74,9%) biegli stwierdzili, że nastąpiło narażenie pracowników, w przypadku 45 opinii (16,6%) narażenia nie stwierdzono. W 14 sprawach (5,2%) nie było możliwe udzielenie katerycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia z powodu braków w materiale dowodowym, głównie w zakresie opisu przebiegu wypadku. W 9 opiniach (3,3%) biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Od 2009 roku widoczny był wyraźny wzrost ilości opinii, w których zdaniem biegłych doszło do narażenia pracownika lub pracowników korelujący ze wzrostem ilości wszystkich opinii w sprawach wypadków przy pracy.

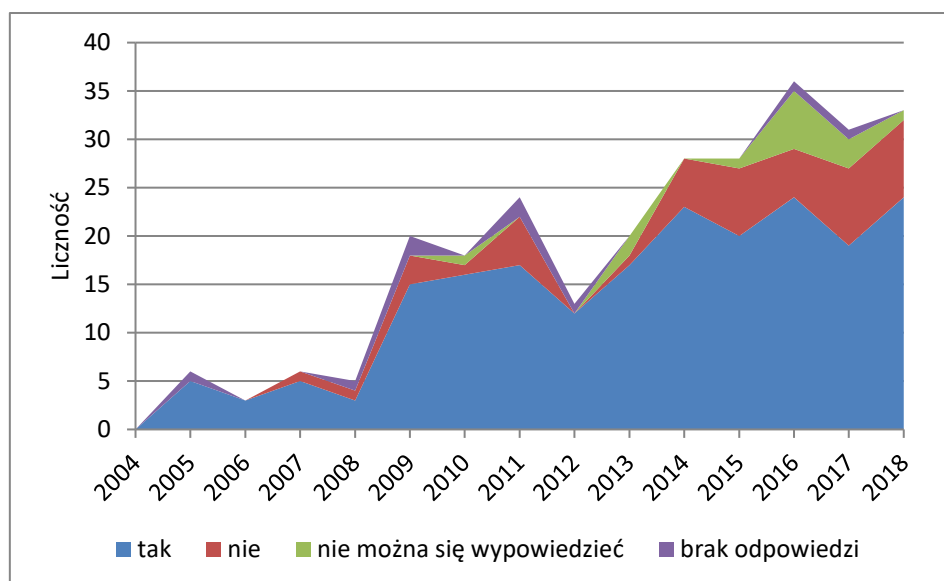
Tabela 27. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	wypadki przy pracy - czy doszło do narażenia								
	TAK		NIE		nie można się wypowiedzieć		brak odpowiedzi		liczba opinii
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2005	5	83,3	-	-	-	-	1	16,7	6
2006	3	100	-	-	-	-	-	-	3
2007	5	83,1	1	16,7	-	-	-	-	6
2008	3	60,0	1	20,0	-	-	1	20,0	5
2009	15	75,0	3	15,0	-	-	2	10,0	20
2010	16	88,8	1	5,6	1	5,6	-	-	18
2011	17	70,8	5	20,8	-	-	2	8,4	24
2012	12	92,3	-	-	-	-	1	7,7	13
2013	17	85,0	1	5,0	2	10,0	-	-	20
2014	23	82,1	5	17,9	-	-	-	-	28
2015	20	71,4	7	25,0	1	3,6	-	-	28
2016	24	66,7	5	13,9	6	16,6	1	2,8	36
2017	19	61,3	8	25,8	3	9,7	1	3,2	31
2018	24	72,7	8	24,2	1	3,1	-	-	33
razem	203	74,9	45	16,6	14	5,2	9	3,3	271
Tau Kendalla	0,787	-0,162	0,734	0,481	-	-	-	-	0,792
Z	4,09	-0,84	3,82	2,50	-	-	-	-	4,12
p	<0,0001	0,4002	0,0001	0,0125	-	-	-	-	<0,0001
$\hat{t}$	-	-	-	-	-	-	-	-	-
$\hat{r}$	-	-	-	-	-	-	-	-	-

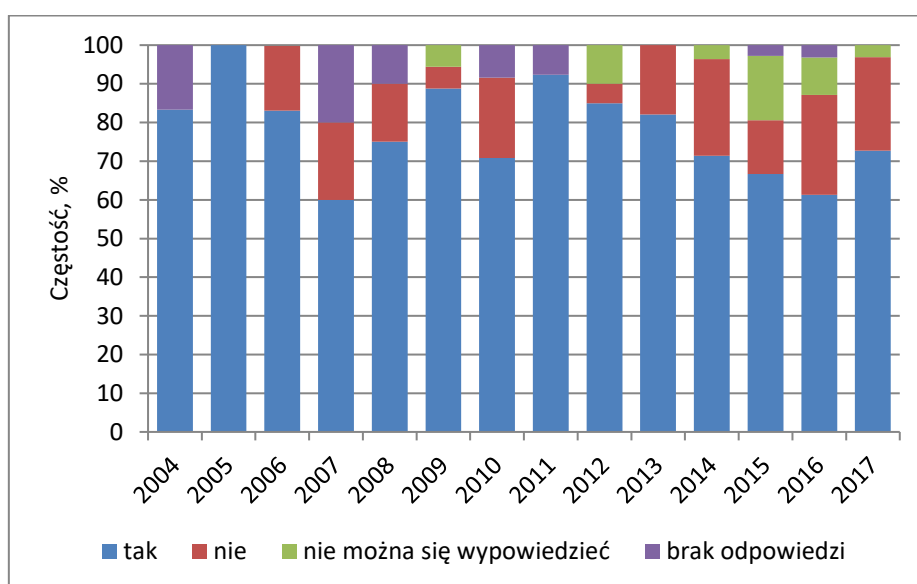
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii, w której doszło do narażenia ($p < 0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,787),
- liczby opinii, w której nie doszło do narażenia ($p = 0,0001$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,734),
- odsetka opinii, w której nie doszło do narażenia ($p = 0,0125$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,481).



Rycina 35. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 36. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.12. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Pod określeniem „opieki nad osobą narażoną” należy rozumieć sytuacje, w których na skutek działania lub zaniechania sprawcy doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu osoby, nad którą na sprawcy ciążył obowiązek opieki. Najczęstsze postacie nieprawidłowości w sprawowaniu opieki nad osobą małoletnią, nieporadną czy niezdolną do samodzielnej egzystencji, które można było wyodrębnić na podstawie analizowanych spraw, zawarte zostały w tabeli 28 oraz zobrazowane na rycinie 37. Do najczęstszych rodzajów sprawowania nieprawidłowej opieki nad osobą tej opieki wymagającą w badanym materiale należały:

- 1) opieka nad dzieckiem przez rodziców/opiekunów w stanie nietrzeźwości,
- 2) niewłaściwe sprawowanie opieki nad osobą nieporadną, niezdolną do samodzielnej egzystencji (np. brak nadzoru, zaniedbania higieniczne, itp.),
- 3) nieprawidłowości w funkcjonowaniu domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i innych podobnych placówek,
- 4) brak zapobiegania urazom i obrażeniom w czasie sprawowania opieki nad osobami nieporadnymi czy niezdolnymi do samodzielnej egzystencji,
- 5) niestosowanie się przez opiekunów do zaleceń lekarskich (np. w zakresie dawkowania leków, odżywiania, itp.),
- 6) sprawy pozostałe.

Opinie dotyczące opieki nad osobą narażoną wydawane były w przeważającej większości przypadków przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej zatrudnionych w KiZMS, w pojedynczych sprawach w skład zespołu opiniującego wchodził lekarze specjaliści klinicznych dziedzin medycyny (np. chorób wewnętrznych, neurologii).

Spośród 143 opinii wydanych w sprawach zaniedbań w opiece nad osobami, nad którymi ciążył obowiązek opieki sprawcy, najliczniejszą grupę stanowiły sprawy dotyczące opieki nad dzieckiem przez rodziców/opiekunów w stanie nietrzeźwości – 38 przypadków (26,6%) oraz niewłaściwego sprawowania opieki nad osobą nieporadną, niezdolną do samodzielnej egzystencji – 38 przypadków (26,6%). W 27 opiniach (18,8%) analizowano przypadki niestosowania się przez opiekunów do zaleceń lekarskich, w 22 sprawach (15,4%) doszło do urazów i obrażeń w czasie sprawowania opieki nad osobami nieporadnymi czy

niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, 11 opinii (7,7 %) dotyczyło nieprawidłowości w funkcjonowaniu domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, a 7 przypadków (4,9%) dotyczyło spraw pozostałych. Na uwagę zwraca rok 2016, w którym odnotowano rekordową ilość opinii dotyczących sprawowania opieki nad dziećmi przez rodziców/opiekunów w stanie nietrzeźwości (11 przypadków).

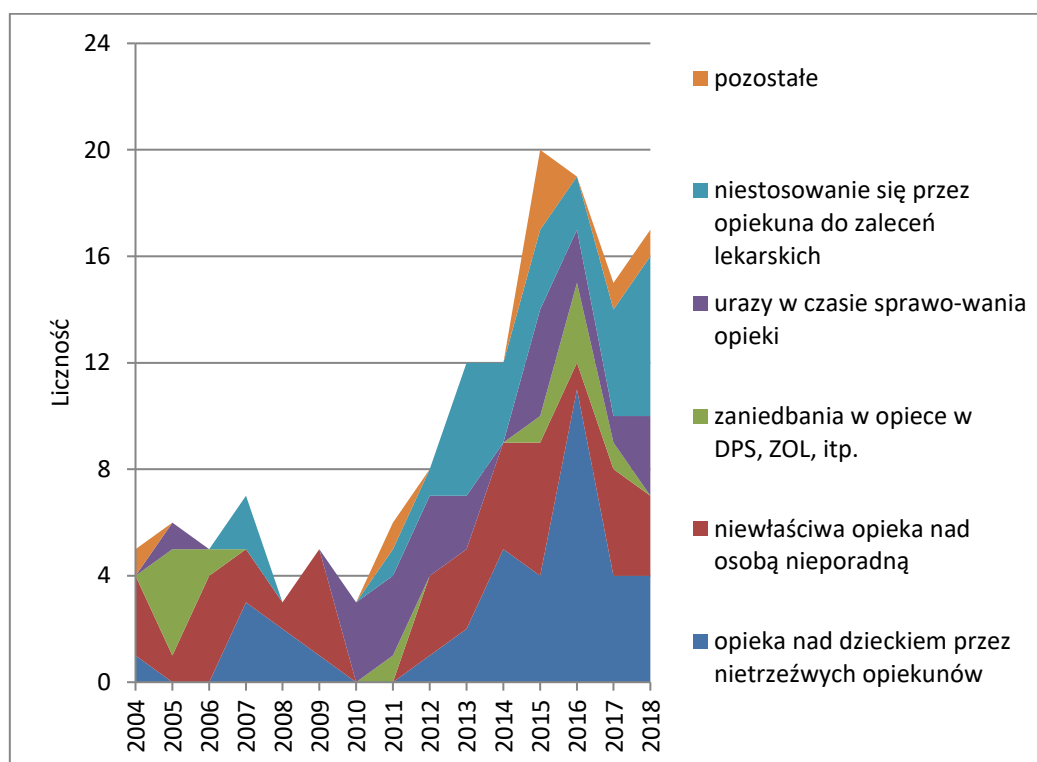
Tabela 28. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	rodzaje opinii dotyczących opieki nad osobą narażoną						liczba opinii
	opieka nad dzieckiem przez nietrzeźwych opiekunów	niewłaściwa opieka nad osobą nieporadną	zaniedbania w opiece w DPS, ZOL, itp.	urazy w czasie sprawowania opieki	niestosowanie się przez opiekuna do zaleceń lekarskich	pozostałe	
2004	1	3	-	-	-	1	5
2005	-	1	4	1	-	-	6
2006	-	4	1	-	-	-	5
2007	3	2	-	-	2	-	7
2008	2	1	-	-	-	-	3
2009	1	4	-	-	-	-	5
2010	-	-	-	3	-	-	3
2011	-	-	1	3	1	1	6
2012	1	3	-	3	1	-	8
2013	2	3	-	2	5	-	12
2014	5	4	-	-	3	-	12
2015	4	5	1	4	3	3	20
2016	11	1	3	2	2	-	19
2017	4	4	1	1	4	1	15
2018	4	3	-	3	6	1	17
razem	38	38	11	22	27	7	143
%	26,6	26,6	7,7	15,4	18,8	4,9	100
Tau Kendalla	0,509	0,176	0,061	0,388	0,680	0,266	0,618
Z	2,64	0,91	0,32	2,02	3,53	1,38	3,21
p	0,0082	0,3608	0,7494	0,0438	0,0004	0,1675	0,0013
$\hat{t}$	-	-	-	-	-	-	1,068
$\hat{r}$	-	-	-	-	-	-	6,8%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii dotyczącej opieki nad dzieckiem przez nietrzeźwych opiekunów ($p=0,0082$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,509),
- liczby opinii dotyczącej urazów w czasie sprawowania opieki ($p=0,0438$) – dodatnia słaba korelacja (Tau Kendalla=0,388),
- liczby opinii dotyczącej niestosowania się przez opiekuna do zaleceń lekarskich ($p=0,0004$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,680).



Rycina 37. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

W kolejnym etapie analizy dokonano podziału spraw dotyczących opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia osoby pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieprawidłowego działania lub zaniechania opiekunów. Zostało to przedstawione w tabeli 29 oraz zilustrowane na rycinach 38 i 39.

W 83 opiniach (58%) dotyczących opieki nad osobą narażoną zdaniem biegłych nie stwierdzono przesłanek narażenia osób wymagających opieki na bezpośrednie

niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku 45 spraw (32,5%) narażenie takie zaistniało. W 10 opiniach (7%) biegli nie mogli udzielić kategorycznej odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, natomiast w 5 przypadkach (3,5%) nie udzielono w ogóle odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Na uwagę zwraca wzrost ilości opinii, w których nie stwierdzono narażenia w latach 2014 – 2018, przy braku istotnego wzrostu w tym okresie opinii, w którym wskazano na zaistnienie stanu narażenia.

Tabela 29. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

lata	opieka nad osobą narażoną - czy doszło do narażenia								liczba opinii
	TAK		NIE		nie można się wypowiedzieć		brak odpowiedzi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2004	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	5
2005	1	16,7	5	83,3	-	-	-	-	6
2006	2	40,0	3	60,0	-	-	-	-	5
2007	4	57,1	2	28,6	-		1	14,3	7
2008	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	3
2009	1	20,0	3	60,0	1	20,0	-	-	5
2010	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3	3
2011	1	16,7	4	66,6	1	16,7	-	-	6
2012	4	50,0	3	37,5	1	12,5	-	-	8
2013	6	50,0	5	41,7	-	-	1	8,3	12
2014	3	25,0	8	66,7	1	8,3	-	-	12
2015	4	20,0	13	65,0	2	10,0	1	5,0	20
2016	4	21,1	13	68,4	2	10,5	-	-	19
2017	4	26,6	9	60,0	1	6,7	1	6,7	15
2018	6	35,3	11	64,7	-	-	-	-	17
razem	45	31,5	83	58	10	7	5	3,5	143
Tau Kendalla	0,461	-0,146	0,572	0,262	-	-	-	-	0,618
Z	2,39	-0,76	2,97	1,36	-	-	-	-	3,21
p	0,0167	0,4491	0,0030	0,1731	-	-	-	-	0,0013
$\hat{t}$	1,013	0,909	1,107	1,036	-	-	-	-	1,068
$\hat{r}$	1,3%	-9,1%	10,7%	3,6%	-	-	-	-	6,8%

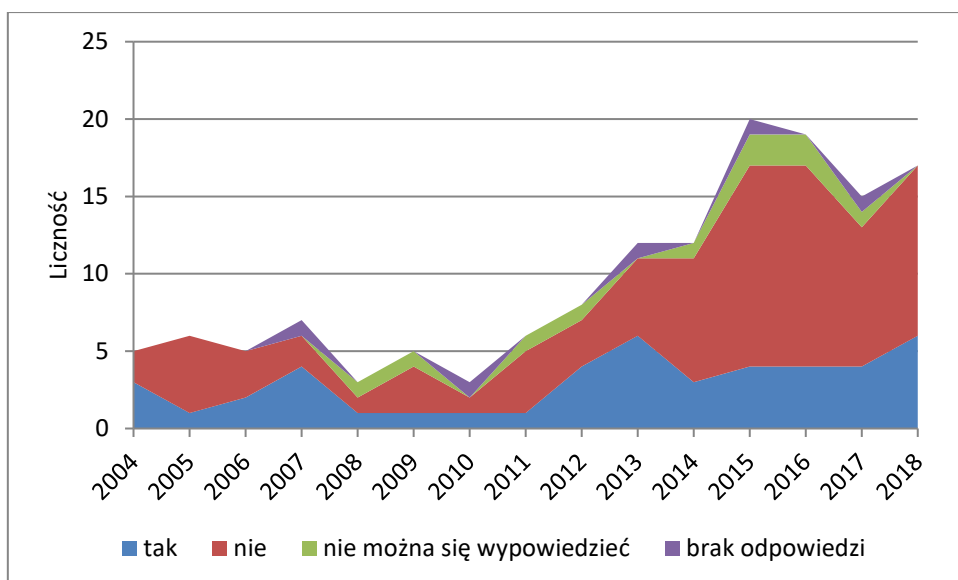
Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

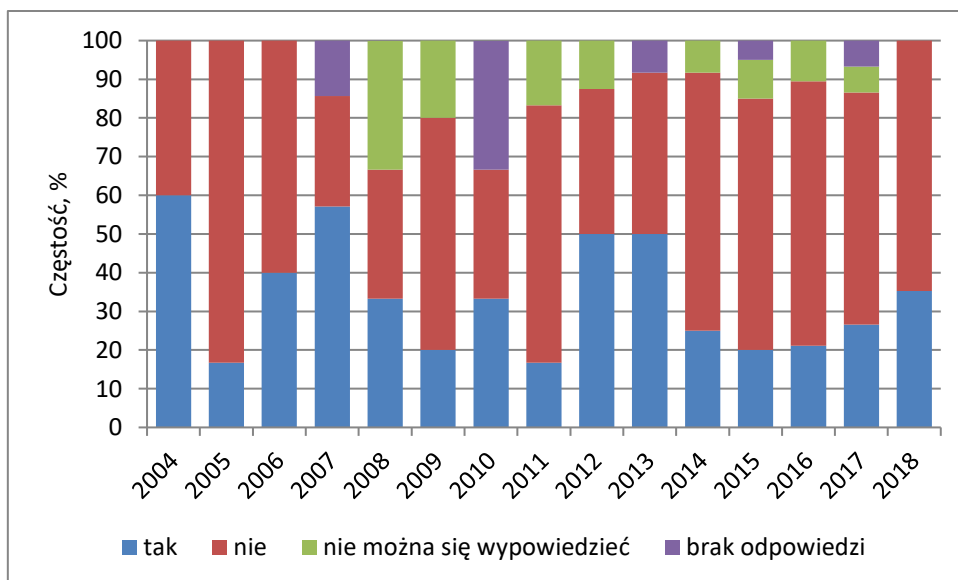
- liczby opinii, w której doszło do narażenia ($p = 0,0167$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,461),

- liczby opinii, w której nie doszło do narażenia ($p=0,0030$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,572).

Liczba opinii, w której doszło do narażenia w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 1,3%. Liczba opinii, w której nie doszło do narażenia w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 10,7%.



Rycina 38. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018



Rycina 39. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.13. Analiza opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w innych rodzajach spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Ostatnia kategoria analizowanych opinii określona została jako „inne”. Do grupy tej zostały zaliczone opinie, których nie można było przyporządkować do żadnej z pozostałych przeanalizowanych grup badanego materiału, a które dotyczyły narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Opinie te wydawane były przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej zatrudnionych w KiZMS, a w przypadku spraw dotyczących zatruc ksenobiotykami przez specjalistów toksykologii sądowej, względnie przez zespoły biegłych (medyk sądowy i toksykolog).

Do kategorii „inne” zaliczono 275 opinii, co stanowiło 7,8% analizowanych przypadków, średnio rocznie około 18 opinii wyczerpywało kryteria do przyporządkowania do kategorii „inne”.

Opinie z kategorii „inne” zostały podzielone na następujące grupy przypadków:

- 1) zatrucia ksenobiotykami,
- 2) ekspozycja na tlenek węgla, dym i gazy pożarowe,
- 3) postrzały z broni pneumatycznej i innej (z wyłączeniem broni palnej),
- 4) narażenie na zakażenie chorobą zakaźną lub weneryczną,
- 5) nieudzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
- 6) ekspozycja na gazy drażniące (pieprzowy, łzawiący, itp.),
- 7) wykonywanie zawodu lekarza w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych,
- 8) „nietypowe” urazy,
- 9) sprawy pozostałe.

Podział opinii z kategorii „inne” w zależności od rodzaju spraw przedstawiony został w tabeli 30 oraz zilustrowany na rycinie 40.

Najliczniejszą grupę opinii stanowiły zatrucia ksenobiotykami – 88 przypadków (32%). Drugą grupę pod względem liczebności stanowiły opinie dotyczące ekspozycji na tlenek węgla, dym i gazy pożarowe – 48 przypadków (17,5%). 43 opinie (15,6%) sporządzono w sprawach „nietypowych” urazów osób pokrzywdzonych, 21 opinii (7,6%) dotyczyło postrzałów z broni pneumatycznej i innej (z wyłączeniem broni palnej), po 16 opinii (5,8%) wydanych zostało w sprawach narażenia na zakażenie chorobą zakaźną lub weneryczną oraz nieudzielenia pomocy

człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. 12 opinii (4,4%) wydano w sprawach ekspozycji na gazy drażniące, w 11 opiniach (4%) analizowano postępowanie lekarza wykonującego zawód w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych, a 20 opinii (7,3%) nie zaliczało się do żadnej z powyższych kategorii. W analizowanej grupie uwagę zwraca wzrost ilości opinii dotyczących zatruc ksenobiotykami - od 7 opinii w roku 2014 do 20 opinii w roku 2018. W przypadku opinii dotyczących ekspozycji na tlenek węgla, dym i gazy pożarowe najwięcej z nich wydano w roku 2017 (10 przypadków). Liczba opinii w sprawach „nietypowych” urazów spadła wyraźnie od roku 2014.

Tabela 30. Zestawienie opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach z kategorii „inne” w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

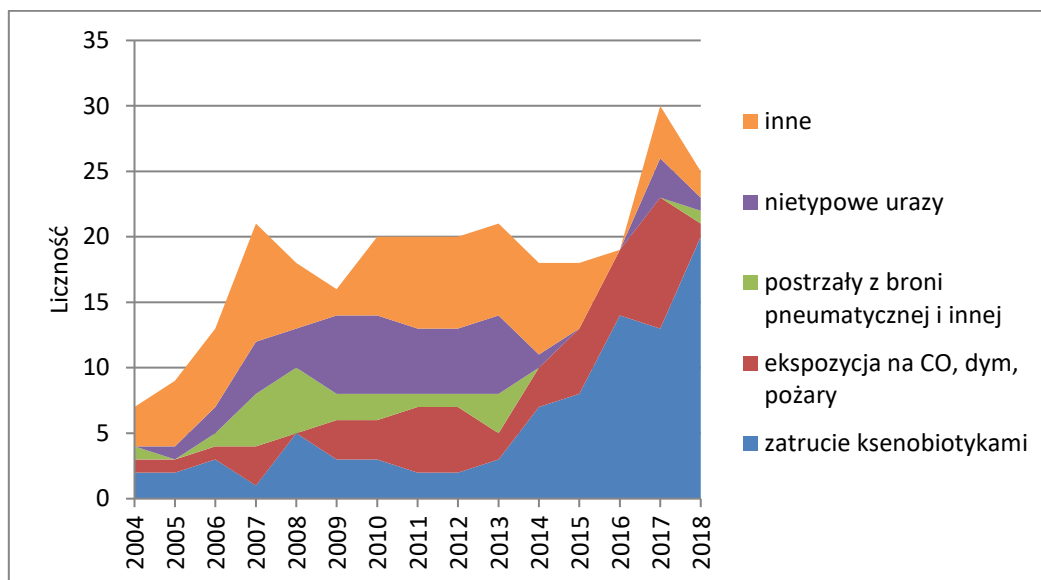
Rok	Rodzaj sprawy									liczba opinii
	zatrucie kseno-biotykami	ekspozycja na CO, dym, pożary	postrzały z broni pneumatycznej i innej	zakażenie chorobą zakaźną	nie-udzielenie pomocy	ekspozycja na gaz pieprzowy, łzawiący	lekarz w stanie nie-trzeźwości	nie-typowe urazy	pozostałe	
2004	2	1	1	-	-	2	-	-	1	7
2005	2	1	-	2	1	-	1	1	1	9
2006	3	1	1	3	-	-	1	2	2	13
2007	1	3	4	1	1	3	2	4	2	21
2008	5	-	5	-	-	2	2	3	1	18
2009	3	3	2	1	1	-	-	6	-	16
2010	3	3	2	-	4	-	1	6	1	20
2011	2	5	1	-	4	1	-	5	2	20
2012	2	5	1	3	1	1	-	5	2	20
2013	3	2	3		1	2	1	6	3	21
2014	7	3	-	1	2	-	1	1	3	18
2015	8	5	-	1	1	-	1	-	2	18
2016	14	5	-	-	-	-	-	-	-	19
2017	13	10		2	-	1	1	3	-	30
2018	20	1	1	2	-	-	-	1	-	25
razem	88	48	21	16	16	12	11	43	20	275
[%]	32	17,5	7,6	5,8	5,8	4,4	4	15,6	7,3	
Tau Kendalla	0,638	0,471	-0,298	0,065	-0,045	-0,220	-0,166	-0,020	-0,065	0,532
Z	3,31	2,45	-1,55	0,34	-0,24	-1,14	-0,86	-0,10	-0,34	2,77
p	0,0009	0,0144	0,1213	0,7337	0,8136	0,2529	0,3893	0,9167	0,7369	0,0057
$\hat{t}$	1,106	-	-	-	-	-	-	-	-	1,138
$\hat{f}$	10,6%	-	-	-	-	-	-	-	-	13,8%

Kolorem czerwonym zaznaczono w tabeli istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Istotne korelacje z latami wystąpiły dla:

- liczby opinii dotyczącej zatrucia ksenobiotykami ($p=0,0009$) – dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,638),
- liczby opinii dotyczącej ekspozycji na CO, dym i gazy pożarowe ($p=0,0144$) – dodatnia przeciętna korelacja (Tau Kendalla=0,471).

Liczba opinii dotyczącej zatrucia ksenobiotykami w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 10,6%.



Rycina 40. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach z kategorii „inne” w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

4.13.1. Zatrucia ksenobiotykami

Opinie dotyczące zatruc ksenobiotykami stanowiły 32% spraw z kategorii „inne” (88 spraw). Od 2014 r. obserwowany był wyraźny wzrost opinii dotyczących substancji psychoaktywnych aż do 20 tego rodzaju spraw w 2018 r. W 15 przypadkach biegli stwierdzono narażenie na niebezpieczeństwo na skutek zażycia ksenobiotyku, w 57 opiniach narażenie takie nie zaistniało, natomiast w 16 sprawach nie można było udzielić kategorycznej odpowiedzi odnośnie narażenia z powodu niedostatecznego materiału dowodowego. Opinie dotyczące zatruc ksenobiotykami wydawane były przez specjalistów toksykologii sądowej, przez lekarzy – medyków sądowych lub w mieszanych zespołach (medyk sądowy + toksykolog).

Do kategorii tej należały opinie dotyczące w przeważającej większości przypadków zażycia przez osoby pokrzywdzone substancji psychoaktywnych. Wśród opinii z tej kategorii wyróżnić można dwie grupy: zażycie określonej (oznaczonej) substancji psychoaktywnej oraz zażycie nieokreślonego lub nieznanego związku psychoaktywnego. Wśród oznaczonych substancji psychoaktywnych dominowały związki chemiczne z grup syntetycznych kanabinoidów, katynonów oraz inne związki określane jako nowe substancje psychoaktywne (popularnie: „dopalacze”). Pojedyncze sprawy dotyczyły zażycia leków, rodentocydów, substancji żrących, itd. Drugą grupą opinii dotyczących ksenobiotyków były sprawy, w których nie doszło do zażycia substancji psychoaktywnych przez człowieka, lecz określenia wpływu

zabezpieczonych substancji psychoaktywnych na narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w przypadku ich zażycia. Przykładowe pytania zawarte w tezach dowodowych formułowanych przez organy zlecające wydanie opinii to: „jaka dawka substancji 3-CMC i MDPHP jest wystarczająca do spowodowania narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”; „czy zażycie środka FUB-AMB o masie 0,93 g i 8,71 g może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.”

4.13.2. Ekspozycja na tlenek węgla, dym i gazy pożarowe, oparzenia w pożarach

Opinie dotyczące ekspozycji osób pokrzywdzonych na tlenek węgla, dym, gazy pożarowe, gaz ziemny oraz urazów termicznych w pożarach (nie będących wypadkami w pracy) stanowiły 17,5% spraw z kategorii „inne” (48 opinii). Opinie te wydawane były przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej zatrudnionych w KiZMS. Poza 2017 rokiem, w którym odnotowano 10 opinii, rocznie liczba spraw z tej kategorii nie przekraczała 5 opinii. Nieznacznie przeważały opinie dotyczące ekspozycji dym i gazy pożarowe, gaz ziemny oraz oparzenia doznane w wyniku pożarów (25 opinii). W opiniach tych w 14 przypadkach stwierdzono narażenie pokrzywdzonych eksponowanych na dymy pożarowe lub doznających urazów termicznych, w 8 sprawach nie stwierdzono narażenia (sprawy te dotyczyły w większości ekspozycji na dymy pożarowe), w 3 przypadkach nie udzielono odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. W każdej opinii dotyczącej pożaru lub wybuchu stwierdzano narażenie (7 spraw). W przypadku ekspozycji na dymy pożarowe lub kominowe (14 spraw) w 7 przypadkach stwierdzono narażenie, w 6 przypadkach brak narażenia, w jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Pozostałe opinie z tej grupy dotyczyły m.in. wykonania nielegalnego przyłącza gazu w budynku mieszkalnym, rozszczelnienia instalacji gazowej czy wybuchu petardy wrzuconej do sklepu – w sprawach tego typu nie stwierdzano narażenia lub nie udzielono odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia.

Drugą grupą opinii były opinie dotyczące ekspozycji na tlenek węgla (23 sprawy), którego źródłem były urządzenia grzewcze (piece opalane paliwem stałym, junkersy) oraz pożary. W przeważającej większości spraw ekspozycja na tlenek węgla była potwierdzona bezpośrednio (podwyższony poziom hemoglobiny tlenkowęgłowej we krwi pokrzywdzonych) lub pośrednio (pomiar stężenia tlenku węgla w miejscu ekspozycji przez Straż Pożarną,

ekspertyzy dotyczące stanu technicznego urządzeń grzewczych, wentylacji kominowej, itd.). W przypadku opinii dotyczących ekspozycji na tlenek węgla jedynie w dwóch przypadkach nie stwierdzono narażenia, w jednym nie udzielono odpowiedzi na pytanie, w jednej sprawie stwierdzono, że dostarczony materiał dowodowy nie pozwala na udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia.

4.13.3. Postrzały z broni pneumatycznej i innej

Do grupy 21 opinii dotyczących postrzałów z broni pneumatycznej zaliczono sprawy, w których doszło do użycia broni pneumatycznej (głównie różnego rodzaju wiatrówki) oraz w pojedynczych przypadkach innych rodzajów broni (broń gazowa, alarmowa, itd.). Przeważająca ilość opinii dotyczyła jednak postrzałów z broni pneumatycznej (17 spraw). Opinie tego rodzaju sporządzane były przez lekarzy specjalistów medycyny sądowej, w pojedynczych przypadkach z udziałem biegłego z zakresu balistyki. W opiniach dotyczących postrzałów z broni pneumatycznej w 13 przypadkach stwierdzono narażenie, a w 4 przypadkach brak narażenia. Wyjątkiem dotyczącym broni palnej były sprawy, w której w jednym przypadku doszło do wystrzału podczas ogrzewania lufy od karabinu Mauser, w drugim do wystrzału z pistoletu Ruger 380 w miejscu publicznym (przychodnia lekarska), w trzecim do przyłożenia do głowy pokrzywdzonej przez podejrzanego pistoletu alarmowego START, a w czwartym do postrzału w twarz z broni gazowej. W każdej z opiniowanych spraw stwierdzono narażenie pokrzywdzonych.

4.13.4. Narażenie na zakażenie chorobą zakaźną

W zestawieniu spraw „innych” 16 opinii dotyczyło narażenia pokrzywdzonych na zakażenie chorobą zakaźną. Opinie te wydawane były przez biegłych lekarzy specjalistów medycyny sądowej. Z analizowanej grupy 6 opinii dotyczyło zarażenia włośnicą (grupy zarażonych od 6 do 243 chorych), w których w dwóch przypadkach stwierdzono narażenie, a w czterech przypadkach wskazano na brak narażenia. 3 opinie dotyczyły narażenia na zakażenie wirusem HIV poprzez odbywanie przez sprawcę stosunków seksualnych bez zabezpieczenia – w dwóch przypadkach stwierdzono narażenie, w jednym brak narażenia (u sprawcy nie potwierdzono obecności HIV-RNA). Kolejne 3 sprawy dotyczyły narażenia na zakażenie wirusem HCV (poprzez oplucie i ugryzienie funkcjonariuszy Policji) – w dwóch sprawach nie stwierdzono narażenia, w jednej nie było możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Problem zakażenia gruźlicą analizowany był w 2 opiniach, które dotyczyły samowolnego przerwania leczenia przez osoby chorujące na gruźlicę – w obu

przypadkach stwierdzono narażenie. Jedna sprawa dotyczyła zakażenia wirusem HPV (brak narażenia), jedna zatrucia pokarmowego w jednostce wojskowej (stwierdzono narażenie).

4.13.5. Nieudzielenie pomocy

Nieudzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu było przedmiotem analizy w 16 opiniach sądowo-lekarskich. Opinie o nieudzieleniu pomocy wydawane były przez biegłych medyków sądowych, w pojedynczych przypadkach z udziałem biegłych z klinicznych dziedzin medycyny (np. neurologa). 13 opinii dotyczyło nieudzielenia pomocy osobom, które doznały obrażeń w wyniku wypadków komunikacyjnych i innego rodzaju urazów (np. wypadków w pracy). W grupie tej w 4 przypadkach stwierdzono narażenie, w 9 przypadkach nie wskazano na zaistnienie narażenia. Pozostałe 3 opinie dotyczyły pozostawienia osób nieprzytomnych, w stanie upojenia alkoholowego bez pomocy, w porze chłodnej, w nieodpowiedniej do pory roku odzieży. W każdej z tego rodzaju sprawy stwierdzono narażenie.

4.13.6. Ekspozycja na gazy drażniące (pieprzowy, łzawiący, itp.)

Sprawy dotyczące ekspozycji na gazy drażniące (głównie gaz pieprzowy i łzawiący) stanowiły dość jednorodną grupę przypadków (12 opinii). Różnice dotyczyły jedynie ilości osób eksponowanych na działanie substancji drażniących (pojedynczy pokrzywdzeni lub rozpylenie gazu w miejscach publicznych). W analizowanej grupie tylko w jednym przypadku stwierdzono narażenie (ekspozycja na działanie gazu łzawiącego), w 9 sprawach narażenia nie stwierdzono, a w przypadku 2 spraw nie było możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia. Opinie tego rodzaju sporządzali biegli lekarze specjaliści medycyny sądowej.

4.13.7. Wykonywanie zawodu lekarza i pielęgniarki w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych

Spośród spraw z kategorii „inne” 10 opinii dotyczyło wykonywania zawodu lekarza w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych, a 1 sprawa dotyczyła pielęgniarki w stanie nietrzeźwości (łącznie 11 opinii). W analizowanych sprawach tylko w 2 przypadkach stwierdzono narażenie (stomatolog dokonujący ekstrakcji zęba w stanie znacznego upojenia alkoholowego i lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie ogólne pod wpływem leków psychotropowych), w pozostałych 8 przypadkach nie stwierdzono narażenia

(7 spraw lekarzy w stanie nietrzeźwości, 1 dotycząca lekarza pod wpływem leków z grupy opioidowych). W jedynej sprawie dotyczącej pielęgniarki wykonującej u pacjenta zastrzyk domięśniowy w stanie nietrzeźwości nie stwierdzono narażenia. Opinie dotyczące wykonywania czynności zawodowych przez członków personelu medycznego wydawane były w większości przez biegłych medyków sądowych, w jednym przypadku w zespole biegłych był specjalista ginekologii i położnictwa.

4.13.8. „Nietypowe” urazy

Do kategorii „nietypowych” urazów zaliczone zostały 43 opinie. Grupa ta była tak niejednorodna, że nie było możliwe pogrupowanie opinii w większe zbiory. Możliwe było jedynie kazuistyczne wymienienie spraw określanych jako „nietypowe” urazy. Opinie z tej kategorii sporządzali biegli lekarze specjaliści medycyny sądowej. W badanej grupie opinii 4 przypadki dotyczyły obrażeń spowodowanych kontaktem z odłamkami szkła w różnym mechanizmie (wybita szyba okienna, rozbicie szklanej lady w sklepie, itd.). W 3 przypadkach doszło do urazów spowodowanych oderwanymi od budynku fragmentami elewacji. 3 opinie dotyczyły celowego potrącenia samochodem, kolejne 3 sprawy urazów spowodowanych cegłą lub kamieniem wrzuconym przez okno. 2 sprawy dotyczyły upadku do niezabezpieczonej studzienki kanalizacyjnej, 2 opinie kopnięcia w wózek inwalidzki i niemowlęcy, 2 opinie urazów zadanych przez konia, 2 przypadki analizowały porażenie prądem (niezwiązane z wypadkiem w pracy), w 2 sprawach doszło do zapalenia się odzieży na pokrzywdzonych. Pozostałe sprawy występowały pojedynczo i wszystkie zostały wymienione w tabelach 31 - 45. Z bardziej interesujących „nietypowych” urazów można wymienić np. kopnięcie w brzuch ciężarnej, zawiązanie pętli wokół szyi podczas zabawy przez dzieci, przygniecenie rurą do transportu gruzu na ulicy, wybuch butelki z wodą gazowaną, przytrzaśnięcie drzwiami windy, złamanie żeber po resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ciało obce w odbytnicy u osoby niepełnosprawnej.

4.13.9. Sprawy pozostałe

Osobnego omówienia wymaga zbiór opinii określonych jako pozostałe. Do kategorii tej zaliczone zostało 20 spraw, co stanowiło 7,3% opinii z kategorii „inne”. Sprawy te były opiniowane przez biegłych medyków sądowych. Z uwagi na niewielką liczbę opinii z kategorii „pozostałe” sprawy te zostały wymienione poniżej:

- popchnięcie pokrzywdzonego popchnięty przez sprawcę przy krawędzi dachu na wysokości 7 metrów, nie doszło do upadku z wysokości (2004 r.) – stwierdzono narażenie,
- usiłowanie zepchnięcia pokrzywdzonego z dachu z wysokości około 3,5 metra (2005 r.) – stwierdzono narażenie,
- wykonanie u pacjentki dwóch zabiegów rewizji rany pooperacyjnej kręgosłupa bez jej pisemnej zgody (2006 r.) – brak odpowiedzi odnośnie narażenia;
- usiłowanie wykonania zabiegu nielegalnego przerwania ciąży bez asysty lekarza anestezjologa przy znieczuleniu dożylnym krótkotrwałym (2006 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- ewakuacja 50 osób z pływalni w porze zimowej (w tym 20 dzieci i 1 osoby niepełnosprawnej) z powodu zgłoszenia o podłożeniu ładunku wybuchowego (2007 r.) – stwierdzono narażenie;
- prowadzenie głodówki i odmowa pomocy medycznej przez osadzonego w zakładzie karnym (2007 r.) – brak odpowiedzi odnośnie narażenia;
- odmowa przyjmowania posiłków oraz pomocy lekarskiej przez osadzonego podczas pobytu w zakładzie karnym (2008 r.) – stwierdzono narażenie;
- oparzenie policzka pokrzywdzonej podczas zabiegu stymulacji nerwu bródkowego (2010 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- ujawnienie w ogólnodostępnych kontenerach odpadów medycznych (2011 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- doprowadzenie do pogorszenia się stanu zdrowia pokrzywdzonej chorej na POChP przez odór chlewni (2011 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- wpływ odcięcia dopływu wody i prądu do kamienicy na narażenie pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (2012 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- wydanie w aptece pokrzywdzonemu preparatu Locoid zamiast Locacid (2012 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- analiza wpływu 70-krotnego przekroczenia zawartości fenolu w glebie na zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego (2013 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- wylanie przez sprawcy na głowę pokrzywdzonej farby akrylowej (2013 r.) – nie stwierdzono narażenia;

- usiłowanie potrącenia pojazdem kobiety w 8 tygodniu ciąży (2013 r.) – nie stwierdzono narażenia;
- rzucenie kamieniem w kierunku samochodu osobowego w ruchu (2014 r.) – stwierdzono narażenie;
- usiłowanie wypchnięcia pokrzywdzonej przez okno z wysokości 2 piętra (2014 r.) – stwierdzono narażenie
- próba potrącenia samochodem osobowym funkcjonariuszy Policji przez podejrzanego (2014 r.) – stwierdzono narażenie;
- wykonanie samowolnego przyłącza instalacji gazowej do budynku (2015 r.) – nie stwierdzono narażenia
- uszkodzenie drzwi balkonowych w mieszkaniu w wyniku postrzału z wiatrówki (2015 r.) – nie stwierdzono narażenia.

Powyższe zestawienie opinii wskazuje, że zbiory opinii określone jako „nietypowe urazy” i „pozostałe” jest tak niejednorodne, że nie można poddać ich jakiegokolwiek analizie statystycznej.

W tabelach 31 – 45 wymieniono wszystkie opinie z kategorii „inne” wydane w KiZMS w latach 2004 – 2018.

Tabela 31. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2004 roku

2004			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	wystrzał podczas ogrzewania lufy od karabinu Mauser	TAK
2.	Sąd	ekspozycja pokrzywdzonego na działanie gazu pieprzowego	NIE
3.	Sąd	użycie granatu łzawiącego UGŁ-200 w pomieszczeniu zamkniętym (art. 163 § 1 kk)	NIE
4.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonej na działanie tlenu węgla	TAK
5.	Prokuratura	pokrzywdzony popchnięty przez sprawcę przy krawędzi dachu (wys. 7 m.), nie doszło do upadku z wysokości	TAK
6.	Policja	podane małoletniemu lat 11 alkoholu (0,55 mg/l)	TAK
7.	Policja	przypadkowe zażycie przez małoletniego estazolamu	NIE

Tabela 32. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2005 roku

2005			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Prokuratura	usiłowanie zepchnięcia pokrzywdzonego z dachu z wysokości ok. 3,5 m.	TAK
2.	Żandarmeria Wojskowa	zatrucie pokarmowe żołnierzy w jednostce	TAK
3.	Policja	małoletnia lat 11 podczas przechodzenia przez płot doznała porażenia prądem	TAK
4.	Prokuratura	ekspozycja na działanie tlenku węgla	TAK
5.	Prokuratura	zarażenie włośnicą 21 pokrzywdzonych (art. 165 § 1 pkt. 2 kk)	NIE
6.	Sąd	nieudzielenie pomocy pokrzywdzonemu z oparzeniami w wyniku zapalenia się odzieży	TAK
7.	Policja	podejrzany miał podawać przymusowo amfetaminę pokrzywdzonej	NIE
8.	Sąd	dwóch lekarzy pełniło dyżur w izbie przyjęć w stanie nietrzeźwości	NIE
9.	Prokuratura	w moczu 2-letniego dziecka stwierdzono amfetaminę	nie można się wypowiedzieć

Tabela 33. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2006 roku

2006			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Prokuratura	wg pokrzywdzonego ktoś miał mu dosypać do drinka amfetaminę, związek ten stwierdzono tylko w moczu	NIE
2.	Sąd	ekspozycja na dym kominowy w wyniku zatkania przewodu kominowego	TAK
3.	Prokuratura	spożycie wody ze studni niezgodnej z wymogami jakości wody przeznaczonej do spożycia	TAK
4.	Prokuratura	71 pokrzywdzonych uległo zarażeniu włośnicą	NIE
5.	Prokuratura	podejrzany podawał sterydy anaboliczne zawodnikom	TAK
6.	Policja	lekarz dyżurny Pogotowia Ratunkowego pracował w stanie nietrzeźwości	NIE
7.	Prokuratura	243 pokrzywdzonych uległo zarażeniu włośnicą (art. 165 § 2 kk)	NIE
8.	Prokuratura	6 pokrzywdzonych uległo zarażeniu włośnicą (art. 165 § 2 kk)	TAK
9.	Policja	małoletni lat 11 postrzelony z wiatrówki w głowę	NIE
10.	Sąd	u pacjentki wykonano dwa zabiegi rewizji rany pooperacyjnej kręgosłupa bez jej pisemnej zgody (art. 192 § 1 kk)	brak odpowiedzi
11.	Prokuratura	złamanie żeber pacjenta w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej	NIE
12.	Prokuratura	usiłowanie wykonania zabiegu nielegalnego przerwania ciąży bez udziału lekarza anestezjologa	NIE
13.	Prokuratura	kopnięcie w brzuch ciężarnej w 8 m.c.	NIE

Tabela 34. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2007 roku

2007			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	pokrzywdzony postrzelony z wiatrówki w pośladek	NIE
2.	Prokuratura	rozpylenie gazu pieprzowego w pomieszczeniach szkolnych	NIE
3.	Prokuratura	zarażenie włóśnią krętą u 6 pokrzywdzonych (art.165 § 1 kk)	NIE
4.	Policja	ewakuacja 50 osób z pływalni w porze zimowej (w tym 20 dzieci i 1 osoby niepełnosprawnej) z powodu zgłoszenia o podłożeniu ładunku wybuchowego	TAK
5.	Sąd	pielęgniarka w stanie nietrzeźwości (1,24 mg/l) wykonała zastrzyk domięśniowy dziecku	TAK
6.	Prokuratura	ekspozycja dwóch pokrzywdzonych na działanie tlenu węgla	TAK
7.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonej na działanie tlenu węgla	TAK
8.	Prokuratura	w wodzie pitnej przekroczone normy zawartości jonów żelaza, manganu, azotanów, azotynów, jonu amonowego	NIE
9.	Prokuratura	pokrzywdzeni zostali uderzeni odłamkami ściany z siporexu, która uległa zawaleniu (art. 163 § 1 pkt. 2 kk)	TAK
10.	Prokuratura	ekspozycja dwóch pokrzywdzonych na działanie tlenu węgla	TAK
11.	Sąd	rozpylenie gazu pieprzowego w szkole (art. 163 § 1 pkt. 3 kk)	NIE
12.	Prokuratura	zwłoka w wezwaniu Pogotowia Ratunkowego do pokrzywdzonej po urazie kręgosłupa lędźwiowego (art. 162 § 1 kk)	TAK
13.	Prokuratura	osadzony w zakładzie karnym prowadził głodówkę i odmawiał pomocy medycznej (art. 118 § 1 kk)	brak odpowiedzi
14.	Prokuratura	podejrzany kopnął w wózek, w wyniku czego niemowlę upadło na betonową powierzchnię	TAK
15.	Policja	ekspozycja dwojga pokrzywdzonych na gaz drażniący	NIE
16.	Prokuratura	pokrzywdzony postrzelony z broni pneumatycznej w głowę	TAK
17.	Sąd	lekarz ginekolog-położnik pełnił dyżur w izbie przyjęć w stanie nietrzeźwości	NIE
18.	Prokuratura	podejrzany przyłożył pokrzywdzonej do głowy pistolet alarmowy START 2 załadowany amunicją alarmową	TAK
19.	Prokuratura	postrzał z broni pneumatycznej w klatkę piersiową	TAK
20.	Prokuratura	sprawcy rzucali deskami w okna budynku, odłamki szkła spadały na znajdujących się wewnątrz pokrzywdzonych	TAK
21.	Policja	przewrócenie się na dwoje dzieci fragmentu metalowego ogrodzenia	TAK

Tabela 35. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2008 roku

2008			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Prokuratura	osadzony podczas pobytu w zakładzie karnym odmawiał przyjmowania posiłków oraz pomocy lekarskiej (art. 118 § 2 i 4 kk)	TAK
2.	Prokuratura	2-letnie dziecko zażyło przypadkowo nieznaną ilość tabletek leku Chlorprotixen	TAK
3.	Policja	małoletnia postrzelona z wiatrówki w twarz	TAK
4.	Policja	ekspozycja 11-mies. dziecka na działanie gazu pieprzowego	TAK

5.	Sąd	dwaj pokrzywdzeni postrzeleni z wiatrówki w okolicę grzbietu i ramię	TAK
6.	Policja	małoletni lat 14 postrzelony w twarz z wiatrówki	TAK
7.	Prokuratura	Lekarka ginekolog-położnik przyjmowała pacjentki w poradni w stanie nietrzeźwości (1,25 mg/l)	NIE
8.	Prokuratura	Czy oddanie strzału z pistoletu pneumatycznego kal. 4,5 mm o energii poniżej 17 J może spowodować niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia człowieka	TAK
9.	Prokuratura	samookaleczenie – pokrzywdzony ugodził się nożem i uderzał kamieniem w głowę	brak odpowiedzi
10.	Prokuratura	czy skład zabezpieczonego alkoholu stanowił zagrożenie utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu osób go spożywających	NIE
11.	Policja	Pokrzywdzonemu dosypano do herbaty ok. 5 g Diazinonu (insektycyd fosforoorganiczny)	TAK
12.	Prokuratura	małoletni przyjęty do szpitala z objawami upojenia alkoholowego (1,5 ‰)	TAK
13.	Prokuratura	W Izbie Wytrzeźwień stosowano środek owadobójczy Bros Haron (związek fosforoorganiczny)	NIE
14.	Prokuratura	lekarz stomatolog dokonał ekstrakcji zębów w stanie nietrzeźwości (3,3‰), doszło do urazu wyrostka zębodołowego	TAK
15.	Policja	pokrzywdzona uderzona w głowę cegłą, która spadła z budynku	TAK
16.	Prokuratura	u małoletniej lat 15 w wyniku zbyt ciężkich treningów miał rozwinął się zespół przeciążeniowy kręgosłupa L-S	TAK
17.	Prokuratura	wystrzał z broni gazowej w kierunku pokrzywdzonego	NIE
18.	Prokuratura	użycie miotacza gazu obezwładniającego wobec pokrzywdzonego	nie można się wypowiedzieć

Tabela 36. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2009 roku

2009			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Sąd	sprawca zawiązał sznur wokół szyi małoletniego i zepchnął go z drzewa, małoletni zawisł krótką chwilę na pętli	TAK
2.	Prokuratura	ekspozycja pokrzywdzonego na działanie tlenku węgla	brak odpowiedzi
3.	Sąd	celowe potrącenie pokrzywdzonego samochodem z małą prędkością	NIE
4.	Policja	dziecko podczas kąpieli w wannie doznało lekkich obrażeń spowodowanych stłuczoną butelką i szklanką	TAK
5.	Policja	eksplozja paczki trzymanej w rękach przez pokrzywdzonego	TAK
6.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonego na działanie tlenku węgla	TAK
7.	Policja	dwaj pokrzywdzeni postrzeleni z wiatrówki w ramiona	TAK
8.	Policja	dwaj małoletni rzucali kamieniami w naboje ostrej amunicji, doszło do wybuchu naboju	TAK
9.	Policja	dziecko lat 11 zostało poturbowane przez konia	nie można się wypowiedzieć
10.	Prokuratura	żona pokrzywdzonego miała mu dodać do pokarmu THC oraz wlewać alkohol do ust	NIE
11.	Policja	pokrzywdzony z raną postrzałową kręgosłupa został porzucony przez podejrzanego w zaroślach	TAK
12.	Policja	dziecko lat 4 spożyło 2,5 mg leku Tranxene	NIE

13.	Prokuratura	Pokrzywdzona zgwałcona przez mężczyznę, u którego stwierdzono przeciwciała anty-HCV, HCV-RNA (-)	NIE
14.	Policja	Małoletnia lat 13 miała spożyć 5 tabletek leku Clonazepam i 1 tabl. Leku Promazin 25 mg	NIE
15.	Policja	dziecko przewrócone i stratowane przez konia	TAK
16.	Policja	chłopiec lat 3 upadł z huśtawki	NIE

Tabela 37. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2010 roku

2010			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	nieudzielenie przez podejrzaną pomocy kobiecie, którą lekarz rodzinny skierował do szpitala	TAK
2.	Prokuratura	pozostawienie pokrzywdzonego w stanie upojenia alkoholowego w nieogrzewanym pomieszczeniu garażowym	TAK
3.	Policja	ekspozycja czworga małoletnich na działanie tlenu węgla	TAK
4.	Sąd	oskarżona podała mężowi trzy tabletki leku Stilnox oraz alkohol	NIE
5.	Sąd	pokrzywdzony po upadku z wysokości za granicą zamiast do szpitala został przewieziony do Polski (art. 162 § 2 kk)	NIE
6.	Policja	pokrzywdzona uderzona w głowę fragmentem gzymsu z budynku	TAK
7.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	NIE
8.	Sąd	pokrzywdzony postrzelony w głowę z pistoletu pneumatycznego	TAK
9.	Policja	pokrzywdzony w sklepie uderzył głową o otwartą gablotę wystawową	NIE
10.	Policja	pokrzywdzony poczuł się źle po zjedzeniu ciastek z haszyszem	NIE
11.	Prokuratura	niemowlę 1,5-mies. wypadło z łóżeczka na podłogę w szpitalu, nie doznało obrażeń	TAK
12.	Prokuratura	czy wykryte w próbkach ilości alkoholu metylowego, izopropylowego, glikolu stanowiły narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
13.	Policja	pokrzywdzony postrzelony z pistoletu śrutowego klatkę piersiową i lewe przedramię	TAK
14.	Policja	pokrzywdzona podczas zabiegu stymulacji nerwu bródkowego doznała oparzenia policzka	NIE
15.	Policja	użycie wobec małoletniego paralizatora OPR 1000 (10 mA)	NIE
16.	Policja	lekarka anestezjolog znieczulała ogólnie pacjenta będąc pod wpływem bromazepamu i karbamazepiny	TAK
17.	Policja	pokrzywdzony wrócił do domu w stanie hipoglikemii i upojenia alkoholowego z obecnością obrażeń	NIE
18.	Policja	pokrzywdzony potrącony celowo samochodem osobowym	TAK
19.	Policja	podczas zabawy 5-letniej dziewczynki zapalkami doszło do zapalenia się jej odzieży	TAK
20.	Sąd	czy w związku z obrażeniami pokrzywdzonego świadkowie mogli przewidzieć, że znajdował się on w stanie zagrożenia życia lub powstania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE

Tabela 38. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2011 roku

2011			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	pokrzywdzony przytrzaśnięty automatycznymi drzwiami windy	NIE
2.	Policja	pokrzywdzony pozostawiony na miejscu zdarzenia przez sprawców w samej koszulce w porze zimowej	TAK
3.	Policja	pozostawienie kobiet w lesie bez ubrania przez sprawcę w porze zimowej	NIE
4.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
5.	Prokuratura	oddane strzałów w kierunku pokrzywdzonych z karabinka pneumatycznego	TAK
6.	Policja	nieudzielenie pomocy medycznej pokrzywdzonej po wypadku drogowym (art. 162 § 2 kk)	NIE
7.	Prokuratura	ekspozycja na działanie tlenu węgla	brak odpowiedzi
8.	Prokuratura	ekspozycja pokrzywdzonej na działanie gazu pieprzowego	NIE
9.	Prokuratura	w ogólnodostępnych kontenerach ujawniono odpady medyczne	NIE
10.	Policja	wybuch materiału wybuchowego (konstruowanej petardy) w wyniku małoletni doznali oparzeń	brak odpowiedzi
11.	Prokuratura	odór chlewni miał doprowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia pokrzywdzonej chorej na POChP	NIE
12.	Policja	ekspozycja małoletniego na działanie tlenu węgla	TAK
13.	Sąd	dwie małoletnie lat 13 i 14 spożyły alkohol etylowy	NIE
14.	Prokuratura	sprawca rzucił kamieniem w samochód, którym podróżowali pokrzywdzeni	NIE
15.	Sąd	ekspozycja mieszkańców budynku na dym kominowy	NIE
16.	Prokuratura	nieudzielenie pomocy motocykliście po wypadku drogowym przez funkcjonariuszy Policji (art. 162 § 1 kk)	NIE
17.	Prokuratura	na małoletniego lat 5 spadła cegła z budynku, uderzając go w głowę	TAK
18.	Policja	dziecko lat 3 uderzone w głowę szybą wystawową od lady chłodniczej	TAK
19.	Prokuratura	kobieta przebywała z dzieckiem w samochodzie, w którym rozpyliła znaczną ilość lakieru do włosów	nie można się wypowiedzieć
20.	Policja	sprawca rzucił prętem w przełączniki stacji transformatorowej, w wyniku czego doszło do porażenia prądem drugiego mężczyzny	TAK

Tabela 39. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2012 roku

2012			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Prokuratura	pokrzywdzony upadł z wysokości ratując się przez przewracającym się dźwigiem	TAK
2.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonych na tlenek węgla	TAK
3.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonych na działanie gazu pieprzowego	TAK
4.	Prokuratura	podejrzany kopnął w wózek inwalidzki, doprowadzając małoletnią do upadku z wózka	TAK

5.	Policja	ugryzienie pokrzywdzonego w palec przez nosiciela wirusa HIV (art. 161 § 1 kk)	TAK
6.	Policja	wybuch petardy wrzuconej do sklepu	NIE
7.	Policja	pożar spowodowany wybuchem pieca grzewczego	TAK
8.	Prokuratura	zgon małoletniego w wyniku oparzenia doznanego w pożarze	brak odpowiedzi
9.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonych na działanie tlenku węgla	TAK
10.	Policja	zarażenie włośnicą z powodu wadliwie przeprowadzonego badania mięsa przez weterynarza	TAK
11.	Prokuratura	podejrzany, wiedząc o swoim zakażeniu wirusem HIV i HCV odbywał z pokrzywdzoną stosunki seksualne bez zabezpieczenia (art. 161 § 1 i 2 kk)	TAK
12.	Prokuratura	pokrzywdzona wpadła do niezabezpieczonej studzienki kanalizacyjnej	TAK
13.	Policja	czy odcięcie dopływu wody i prądu do kamienicy naraziły pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
14.	Prokuratura	krótkotrwała ekspozycja wziewna pokrzywdzonych na środek na bazie żywicy akrylowej	NIE
15.	Prokuratura	nieudzielenie pomocy pokrzywdzonemu zakleszczonemu w pojeździe po wypadku drogowym (art. 162 § 2 kk)	TAK
16.	Policja	postrzał pokrzywdzonego w oko z broni pneumatycznej	TAK
17.	Policja	wydanie pokrzywdzonemu preparatu Locoid zamiast Locacid	NIE
18.	Prokuratura	mąż pokrzywdzonej miał dosypać jej do drinka amfetaminę	TAK
19.	Prokuratura	pokrzywdzony doznał urazu głowy cegłą wrzuconą przez okno pociągu	NIE
20.	Policja	upadek do niezabezpieczonej studzienki kanalizacyjnej	TAK

Tabela 40. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2013 roku

2013			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Sąd	ekspozycja pokrzywdzonych na gaz pieprzowy	NIE
2.	Policja	porażenie prądem strażaka w czasie akcji gaśniczej	TAK
3.	Policja	sprawca wylał pokrzywdzonej na głowę farbę akrylową	NIE
4.	Policja	wybuch petard podczas meczu piłkarskiego, pokrzywdzeni doznali urazów akustycznych z niedosłuchem	TAK
5.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonych na dymy pożarowe (art. 163 § 1 pkt. 1 kk)	TAK
6.	Policja	przyjęcie przez małoletniego drogą wziewną bliżej nieokreślonej substancji psychoaktywnej	TAK
7.	Prokuratura	lekarz w stanie nietrzeźwości (0,81 mg/l) pełnił dyżur w oddziale chirurgii, uczestniczył w dwóch zabiegach	NIE
8.	Sąd	postrzał małoletniego z wiatrówki w okolicę ucha	NIE
9.	Policja	nieudzielenie pomocy pokrzywdzonemu, który w stanie upojenia alkoholowego upadł z wysokości (art. 162 § 1 kk)	NIE
10.	Prokuratura	czy 70-krotne przekroczenie zawartości fenolu w glebie stwarzało zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego	NIE
11.	Policja	dziecko lat 3 wpadło do otwartej studzienki kanalizacyjnej	TAK
12.	Policja	podczas meczu piłkarskiego na chłopca lat 12 przewróciła się bramka, uderzając go poprzeczką w głowę	TAK

13.	Policja	postrzał pokrzywdzonej z wiatrówki w udo lewe	TAK
14.	Policja	ekspozycja pokrzywdzonego na gaz łzawiący	TAK
15.	Prokuratura	postrzał z broni pneumatycznej dwojga pokrzywdzonych	TAK
16.	Sąd	usiłowanie potrącenia pojazdem ciężarnej kobiety (8 t.c.)	NIE
17.	Policja	na małoletniego przewróciła się szafka z telewizorem, dziecko doznało obrażeń czaszkowo-mózgowych	TAK
18.	Prokuratura	u małoletniego upośledzonego umysłowo znaleziono w odbytnicy ciała obce (m.in. długopis)	TAK
19.	Prokuratura	małoletnia lat 4 spożyła przypadkowo trutkę na szczury	NIE
20.	Sąd	ekspozycja na dym z wadliwie wykonanego kominka	NIE
21.	Policja	podczas jazdy na karuzeli wokół szyi jednego z dzieci obwiązała się urwana lina	TAK

Tabela 41. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2014 roku

2014			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	opłucie funkcjonariuszy Policji przez osobę zakażoną HCV (art. 161 § 1 kk)	NIE
2.	Policja	czy substancje UR-144, XLR-11,5-fluoro-AKB48 mogą spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	TAK
3.	Policja	ekspozycja na dym kominowy	NIE
4.	Prokuratura	lekarz przyjmował pacjentów w poradni w stanie nietrzeźwości (1,16 mg/l)	NIE
5.	Prokuratura	rzucenie kamieniem w kierunku samochodu osobowego w ruchu	TAK
6.	Policja	nieudzielenie pomocy pokrzywdzonemu przez sprawcę wypadku drogowego (art. 162 § 1 kk)	NIE
7.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonych nieznanej substancji psychoaktywnej (prawdopodobnie MDMA)	TAK
8.	Policja	zażycie przez małoletniego nieznanej substancji psychoaktywnej	NIE
9.	Policja	zażycie przez małoletnią nieznanej substancji psychoaktywnej	NIE
10.	Prokuratura	zażycie przez pokrzywdzoną nieznanej substancji psychoaktywnej	NIE
11.	Policja	wybuch gazu nagromadzonego w studzience kanalizacyjnej na ulicy	TAK
12.	Policja	oparzenie podczas zabiegu tonolizy stopy prawej (III°)	NIE
13.	Prokuratura	usiłowanie wypchnięcia pokrzywdzonej przez okno z wysokości 2 piętra	TAK
14.	Prokuratura	podejrzany próbował potrącić samochodem funkcjonariuszy Policji	TAK
15.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego nieznanych leków psychotropowych	NIE
16.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
17.	Policja	nieudzielenie pomocy pokrzywdzonemu przez pracodawcę po wypadku w pracy (art. 162 § 1 kk)	NIE
18.	Policja	spożycie nieznanej substancji żrącej przez dziecko	nie można się wypowiedzieć

Tabela 42. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2015 roku

2015			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	ekspozycja na dymy pożarowe	NIE
2.	Policja	uszkodzenie drzwi balkonowych w mieszkaniu w wyniku postrzału z wiatrówki	NIE
3.	Policja	czy zażycie środków 2UR-144, AM-2201, α-PVP, MDPBP mogło spowodować narażenie pokrzywdzonych na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
4.	Policja	wykonanie samowolnego przyłącza instalacji gazowej do budynku	NIE
5.	Prokuratura	czy zażycie środków UR-144 i pentedron mogło spowodować narażenie pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
6.	Prokuratura	zażycie bliżej nieokreślonej substancji psychoaktywnej przez małoletnich	NIE
7.	Sąd	nieudzielenie pomocy pokrzywdzonemu przez sprawcę wypadku drogowego (art. 162 § 1 kk)	NIE
8.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	NIE
9.	Policja	podejrzany zakażony HCV ugryzł pokrzywdzonego w rękę (art. 161 § 2 kk)	nie można się wypowiedzieć
10.	Prokuratura	zażycie przez pokrzywdzonych przetworów ziela konopi indyjskiej	NIE
11.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego nieznanego suszu roślinnego	NIE
12.	Policja	lekarz stomatolog przyjmował pacjentów w stanie nietrzeźwości	NIE
13.	Prokuratura	zażycie przez pokrzywdzonego nieznaną substancję psychoaktywną	NIE
14.	Policja	ekspozycja wziewna na działanie kwasu izomasłowego	NIE
15.	Policja	zatrucie po spożyciu pizzy z tuńczykiem (objawy zespołu histaminowego)	NIE
16.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
17.	Policja	spowodowanie wybuchu gazu w budynku	TAK
18.	Policja	spowodowanie wybuchu gazu w budynku podczas próby samobójczej (art. 163 § 1 pkt. 3 kk)	TAK

Tabela 43. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2016 roku

2016			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Prokuratura	czy zażycie środka Talizman Ochronny (MDMB-CHMICA) może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	TAK
2.	Prokuratura	jaka dawka substancji acetylofentanyli i flubromazolam jest wystarczająca do spowodowania narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
3.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
4.	Prokuratura	czy zażycie żelków witaminowych powoduje narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (reakcja anafilaktyczna)	TAK

5.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
6.	Policja	podejrzanie ekspozycji na dym, pokrzywdzony w stanie zatrucia alkoholem etylowym	brak odpowiedzi
7.	Policja	przypadkowe zażycie leków przez małoletnią	NIE
8.	Policja	zażycie bliżej nieokreślonej substancji psychoaktywnej przez małoletnią	NIE
9.	Prokuratura	czy zażycie syntetycznych kannabinoidów spowodowało narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
10.	Prokuratura	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
11.	Prokuratura	czy zażycie środków 2-CMC, 3-CMC i 4 CMC może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
12.	Policja	czy zażycie środka MMB-2201 narażało pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
13.	Prokuratura	czy zażycie środka 4-CMC w zabezpieczonej dawce może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	TAK
14.	Policja	czy substancja α -PEP, PV8 stwarza niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia	TAK
15.	Policja	czy zażycie przez pokrzywdzonego środka MDMB-CHMINACA narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
16.	Policja	czy zażycie środka MDMB-CHMINACA może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
17.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	TAK
18.	Policja	zażywanie heroiny przez kobietę karmiącą piersią 18-mies. dziecko	NIE
19.	Policja	czy zażycie środka 3-CMC narażało pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE

Tabela 44. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2017 roku

2017			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Prokuratura	czy zakażenie wirusami HPV spełnia znamiona bezpośrednie-go narażenia na zarażenie chorobą zakaźną (art. 162 § 2 kk)	NIE
2.	Policja	ekspozycja na działanie dymu z pożaru	NIE
3.	Prokuratura	pacjenta z gruźlicą wypisany dyscyplinarnie ze szpitala przed zakończeniem leczenia (art. 161 § 1 pkt. 1 kk)	TAK
4.	Policja	ekspozycja na działanie tlenu węgla	NIE
5.	Prokuratura	ekspozycja małoletniej na działanie tlenu węgla	TAK
6.	Prokuratura	dziecku z nowotworem podawano preparaty Δ^9 THC	NIE
7.	Prokuratura	rozszczelnienie instalacji gazowej przez sprawcę	NIE
8.	Policja	pokrzywdzeni zażyli środki AB-CHMINACA i MBDB-CHMINACA	nie można się wypowiedzieć
9.	Policja	wybuch zaworu gazowego (art. 164 § 1 kk)	TAK

10.	Policja	czy zażycie środków UR-144, AM 2201, MDBP i 3-MeO-PCP może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
11.	Policja	czy zażycie środka FUB-AMB o masie 0,93 g i 8,71 g może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
12.	Policja	czy zażycie środka MDMA-CHMICA o masie 0,61 g może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
13.	Policja	ekspozycja na działanie dymu z pożaru (art. 163 § 2 kk)	TAK
14.	Prokuratura	czy zażycie leków Depakine Chrono i Xanax oraz alkoholu może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
15.	Prokuratura	czy zażyte przez pokrzywdzonego środki (MDMA-CHMICA) mogą spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
16.	Policja	czy zażycie środka FUB-AMB może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
17.	Policja	czy zażycie środka MDMA-CHMICA może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
18.	Prokuratura	ekspozycja na działanie tlenu węgla	nie można się wypowiedzieć
19.	Policja	czy zażycie środka FUB-AMB może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
20.	Policja	czy zażycie środka MDMA-CHMICA może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
21.	Policja	zażycie przez małoletniego bliżej nieokreślonego środka psychoaktywnego	NIE
22.	Policja	ekspozycja na działanie dymu z pożaru	TAK
23.	Prokuratura	ekspozycja na działanie dymu z pożaru (art. 163 § 2 kk)	TAK
24.	Prokuratura	użycie wobec pokrzywdzonego Tasera	NIE
25.	Prokuratura	ekspozycja na działanie gazu pieprzowego	NIE
26.	Prokuratura	lekarka uzależniona od opiodów przyjmowała pacjentów po zażyciu 200 mg Dolcontralu	NIE
27.	Policja	czy zażycie środków 4-CEC, 3-CMC, α -PHIP może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
28.	Policja	pokrzywdzona przygnieciona na ulicy rurą transportującą gruz	TAK
29.	Policja	wybuch butelki zawierającej wodę gazowaną	TAK
30.	Policja	ekspozycja na działanie dymu z pożaru	TAK

Tabela 45. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2018 roku

2018			
Lp.	organ procesowy	Rodzaj sprawy	czy było narażenie
1.	Policja	ciało obce w gardle (w pokarmie)	NIE
2.	Policja	opłucie policjantów przez zatrzymanego zakażonego HCV (art. 161 § 2 kk)	NIE
3.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego środka FUB-AMB	TAK
4.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego środków psychoaktywnych FUB-AMB i 5F-ADB	NIE
5.	Żandarmeria Wojskowa	ekspozycja pokrzywdzonych na środek do mycia podłóg o drażniącym zapachu	NIE
6.	Prokuratura	zażycie bliżej nieokreślonych substancji psychoaktywnych	NIE
7.	Policja	niemowlę przyjęte do szpitala pod wpływem alkoholu (1,07 ‰), stan po ekspozycji na kannabinoidy	NIE
8.	Prokuratura	zażycie środka przez małoletniego środka 5F-ADB	NIE
9.	Policja	pokrzywdzeni wypili drinki w lokalu, po których źle się poczuli	NIE
10.	Policja	pacjent z krwakiem śródmózgowym – podejrzenie zażycia MDMA, testy toksykologiczne ujemne	NIE
11.	Prokuratura	samowolne opuszczenie szpitala przez pacjenta z gruźlicą przed zakończeniem leczenia (art. 165 § 1 pkt. 1 kk)	TAK
12.	Prokuratura	zażycie przez pokrzywdzonego substancji psychoaktywnej zawierającej N-etylopentynol	NIE
13.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego środka 5F-ADB	NIE
14.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego środka 5F-ADB	NIE
15.	Policja	jaka dawka substancji 3-CMC i MDPHP jest wystarczająca do spowodowania narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	nie można się wypowiedzieć
16.	Policja	czy zażycie oksandrolonu może spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
17.	Prokuratura	ekspozycja pokrzywdzonych na gazy pożarowe	TAK
18.	Prokuratura	zażycie furofentanylu przez pokrzywdzonego, doszło do zmian w OUN	TAK
19.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego kłometiazolu, niacynamidu i wit. E	NIE
20.	Policja	zażycie przez pokrzywdzonego bliżej nieokreślonego środka psychoaktywnego	NIE
21.	Policja	czy zażycie środka MDPHP naraża na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu	NIE
22.	Prokuratura	zażycie przez pokrzywdzoną substancji 4F-BF	TAK
23.	Policja	zażycie nieznanej substancji psychoaktywnej	NIE
24.	Policja	zażycie nieznanej substancji psychoaktywnej	NIE
25.	Policja	wystrzał z broni sportowej Ruger 380	TAK

4.14. Porównanie wyników statystycznych z danymi dotyczącymi przestępczości przeciwko zdrowiu i życiu uzyskanymi z baz danych Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości

W celu porównania wyników badań własnych z ogólnodostępnymi danymi dotyczącymi przestępczości przeciwko zdrowiu i życiu dokonano porównania danych wynikających z analizy wydanych w KiZMS opinii sądowo-lekarskich w latach 2004 – 2018 dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z danymi uzyskanymi z baz danych Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości. W przypadku Policji dane statystyczne dostępne były na stronach internetowych:

- <https://statystyka.policja.pl/st/przestepstwa-ogolem/przestepstwa-kryminalne/7-wybranych-kategorii-p/uszczerbek-na-zdrowiu/64004,Uszczerbek-na-zdrowiu.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/przestepstwa-ogolem/przestepstwa-kryminalne/7-wybranych-kategorii-p/bojka-i-pobicie/121609,Bojka-i-pobicie.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63426,Ciezki-uszczerbek-na-zdrowiu-art-156.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63430,Zwykle-i-lekkie-uszkodzenie-ciala-rozstroj-zdrowia-art-157-i-157a.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63432,Udzial-w-bojce-lub-pobiciu-art-158.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63434,Uzycie-w-bojce-niebezpiecznego-narzedzia-art-159.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63435,Narazenie-na-niebezpieczenstwo-art-160.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63436,Narazenie-na-chorobe-wywolana-wirusem-HIV-zakazna-lub-weneryczna-art-161.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko/63437,Nieudzielenie-pomocy-w-niebezpieczenstwie-art-162.html>
- <https://statystyka.policja.pl/st/kodeks-karny/przestepstwa-przeciwko-9/63527,Narazenie-zycia-lub-zdrowia-pracownika-na-niebezpieczenstwo-art-220.html>

Z baz danych Ministerstwa Sprawiedliwości pozyskano natomiast dane dotyczące prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego za przestępstwa z art. 160 § 1,

2 i 3 KK, art. 156 § 1 KK, art. 157 § 1 i 2 KK, art. 158 § 1 KK, art. 159 KK, art. 162 § 1 KK, art. 220 § 1 KK. Dane te pobrano ze strony internetowej: <https://isws.ms.gov.pl/pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/>- czyn główny.

Zestawienie danych z badań własnych i danych pozyskanych z opracowań statystycznych Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości zestawiono w tabelach 46 – 62.

Tabela 46. Liczba postępowań wszczętych przez Policję w sprawach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i liczba opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Liczba postępowań wszczętych	Liczba opinii dotyczących narażenia
2004	2339	81
2005	2586	106
2006	3814	131
2007	4148	153
2008	4635	164
2009	4369	191
2010	4455	175
2011	4138	174
2012	4367	205
2013	4882	282
2014	4999	314
2015	5207	345
2016	4987	362
2017	6034	411
2018	5840	422
Tau Kendalla	0,790	
Z	4,11	
p	<0,0001	

W tabeli kolorem czerwonym zaznaczono istotne statystycznie, $p < 0,05$.

Między liczbą postępowań wszczętych przez Policję a liczbą opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018 występuje istotna dodatnia wysoka korelacja (Tau Kendalla=0,790). Wraz ze wzrostem liczby postępowań wszczętych przez Policję wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia.

Tabela 47. Liczba stwierdzonych przez Policję przestępstw narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i liczba opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Liczba przestępstw stwierdzonych	Liczba opinii dotyczących narażenia
2004	1217	81
2005	1363	106
2006	1926	131
2007	2246	153
2008	2362	164
2009	2128	191
2010	2091	175
2011	1789	174
2012	1828	205
2013	1655	282
2014	1582	314
2015	1380	345
2016	1382	362
2017	1875	411
2018	1941	422
Tau Kendalla	-0,029	
Z	-0,15	
p	0,8820	

Jako przestępstwa „stwierdzone” należy rozumieć te sprawy, w których postępowania wszczęte przez Policję zakończone zostały skierowaniem aktu oskarżenia do sądu.

Między liczbą przestępstw narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu stwierdzonych przez Policję a liczbą opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018 nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 48. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 160 § 1-3 KK (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu) i liczba opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Prawomocne skazania art. 160 § 1-3 KK	Liczba opinii dotyczących narażenia
2004	384	81
2005	477	106
2006	615	131
2007	956	153
2008	1 179	164
2009	1 123	191
2010	1 038	175
2011	739	174
2012	714	205
2013	710	282
2014	745	314
2015	657	345
2016	656	362
2017	656	411
2018	685	422
Tau Kendalla	-0,019	
Z	-0,10	
p	0,9208	

Między ilością prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego za przestępstwo z art. 160 § 1-3 KK a liczbą opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018 nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 49. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 158 § 1-3 i 159 KK (bójka lub pobicie, bójka lub pobicie z użyciem niebezpiecznego przedmiotu) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawie bójki i pobicia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Prawomocne skazania art. 158 § 1-3 i 159 KK	bójka, pobicie
2004	15 284	17
2005	14 501	19
2006	13 314	27
2007	12 013	38
2008	13 592	44
2009	12 396	63
2010	11 530	40
2011	10 413	29
2012	9 902	43
2013	8 738	49
2014	6 818	49
2015	5 879	51
2016	6 347	46
2017	5 539	32
2018	5 141	40
Tau Kendalla	-0,356	
Z	-1,85	
p	0,0645	

Między ilością prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 158 § 1-3 i 159 KK a liczbą opinii w sprawach bójki lub pobicia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018 nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 50. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 220 § 1-3 KK (wypadek w pracy) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków w pracy wydanych w KiZMS w latach 2014 – 2018

Rok	Prawomocne skazania art. 220 § 1-3 KK	wypadki w pracy
2004	139	0
2005	152	6
2006	110	3
2007	125	6
2008	141	5
2009	131	20
2010	130	18
2011	131	24
2012	81	13
2013	98	20
2014	57	28
2015	78	28
2016	81	36
2017	94	31
2018	83	33
Tau Kendalla	-0,449	
Z	-2,33	
p	0,0197	

Między liczbą prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 220 § 1-3 KK a liczbą wydanych opinii w sprawie wypadków w pracy występuje istotna ujemna przeciętna korelacja (Tau Kendalla=-0,449). Wraz ze spadkiem prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 220 § 1-3 KK wzrastała liczba opinii w sprawie wypadków w pracy wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.

Tabela 51. Przestępstwa bójka lub pobicie w Polsce i liczba opinii sporządzonych w KiZMS na zlecenie Policji, dotyczących narażenia w sprawach bójki lub pobicia w latach 2004 – 2018

Rok	Polska	bójka, pobicie KiZMS
2004	14 338	6
2005	13 911	9
2006	14 266	11
2007	14 327	25
2008	14 380	35
2009	13 141	52
2010	11 883	39
2011	12 008	27
2012	11 416	47
2013	8 783	45
2014	5 797	30
2015	4 708	42
2016	4 776	33
2017	4 385	24
2018	3 845	26
Tau Kendalla	-0,143	
Z	-0,74	
p	0,4579	

Między liczbą przestępstw bójki lub i pobicia w Polsce a liczbą opinii sporządzonych dla Policji w sprawie bójki lub pobicia w KiZMS w latach 2004 – 2018 nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 52. Przestępstwa bójki lub pobicia w Wielkopolsce i liczba opinii sporządzonych w KiZMS na zlecenie Policji w sprawie bójki lub pobicia w latach 2004 – 2018

Rok	bójka lub pobicie woj. wielkopolskie	bójka, pobicie KiZMS
2004	763	6
2005	836	9
2006	875	11
2007	912	25
2008	948	35
2009	894	52
2010	778	39
2011	702	27
2012	854	47
2013	577	45
2014	286	30
2015	268	42
2016	258	33
2017	215	24
2018	172	26
Tau Kendalla	0,105	
Z	0,54	
p	0,5862	

Między liczbą przestępstw bójki lub pobicia w Wielkopolsce a liczbą opinii sporządzonych dla Policji w KiZMS w sprawie bójki lub pobicia nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 53. Przestępstwa uszkodzenia ciała w Polsce i liczba opinii sporządzonych w KiZMS na zlecenie Policji dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała w latach 2004 – 2018

Rok	Polska	uszkodzenie ciała KiZMS
2004	15 814	10
2005	15 047	13
2006	14 834	24
2007	14 848	27
2008	14 274	38
2009	15 101	40
2010	15 695	40
2011	16 447	41
2012	15 478	60
2013	14 082	83
2014	11 644	96
2015	9 949	90
2016	11 034	109
2017	11 402	113
2018	10 473	84
Tau Kendalla	-0,459	
Z	-2,39	
p	0,0170	

Między przestępstwami uszkodzenia ciała w Polsce a liczbą opinii sporządzonych dla Policji w sprawach uszkodzenia ciała w latach 2004 – 2018 w KiZMS występuje istotna ujemna korelacja o przeciętnej sile (Tau Kendalla=-0,459). Wraz ze spadkiem ilości przestępstw uszkodzenia ciała w Polsce wzrastała liczba wydanych opinii sporządzonych dla Policji w sprawie uszkodzenia ciała.

Tabela 54. Przestępstwa uszkodzenia ciała w Wielkopolsce i liczba opinii dotyczących narażenia sporządzonych dla Policji w sprawach uszkodzenia ciała w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	woj. wielkopolskie	uszkodzenie ciała KiZMS
2004	-	10
2005	1 203	13
2006	1 234	24
2007	1 198	27
2008	1 179	38
2009	1 300	40
2010	1 348	40
2011	1 457	41
2012	1 236	60
2013	1 172	83
2014	855	96
2015	727	90
2016	769	109
2017	769	113
2018	743	84
Tau Kendalla	-0,433	
Z	-2,16	
p	0,0309	

Między przestępstwami uszkodzenia ciała w Wielkopolsce a liczbą opinii sporządzonych dla Policji dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała występuje istotna ujemna korelacja o przeciętnej sile (Tau Kendalla=-0,433). Wraz ze spadkiem przestępstw uszkodzenia ciała w Wielkopolsce wzrastała liczba wydanych opinii sporządzonych dla Policji w sprawie uszkodzenia ciała w latach 2004 – 2018.

Tabela 55. Liczba przestępstw stwierdzonych przez Policję z art. 220 § 1-2 KK (wypadki przy pracy) i liczba opinii sporządzonych dla Policji dotyczących narażenia w sprawie wypadków w pracy w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	liczba przestępstw stwierdzonych art. 220 § 1-2 KK	wypadki w pracy KiZMS
2004	390	0
2005	358	3
2006	494	2
2007	509	4
2008	476	1
2009	425	12
2010	429	11
2011	404	18
2012	418	7
2013	391	14
2014	495	21
2015	366	21
2016	373	32
2017	brak danych	25
2018	brak danych	27
Tau Kendalla	-0,168	
Z	-0,80	
p	0,4247	

Między liczbą stwierdzonych przez Policję przestępstw z art. 220 § 1-2 kk (wypadki przy pracy) a liczbą opinii sporządzonych dla Policji w sprawie wypadków w pracy w KiZMS nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 56. Liczba postępowań wszczętych przez Policję w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1-3 KK) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	liczba postępowań wszczętych	liczba opinii art. 156 § 1 KK KiZMS
2004	1036	1
2005	983	5
2006	1042	3
2007	927	6
2008	908	12
2009	826	2
2010	800	1
2011	779	7
2012	849	9
2013	832	7
2014	734	10
2015	691	11
2016	647	9
2017	641	7
2018	602	8
Tau Kendalla	-0,312	
Z	-1,62	
p	0,1047	

Między liczbą postępowań wszczętych przez Policję w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1-3 KK) a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018 nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 57. Liczba przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1-3 KK) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	liczba przestępstw stwierdzonych art. 156 § 1-3 KK	liczba opinii art. 156 § 1 KK KiZMS
2004	793	1
2005	822	5
2006	754	3
2007	724	6
2008	694	12
2009	739	2
2010	671	1
2011	666	7
2012	701	9
2013	590	7
2014	541	10
2015	486	11
2016	512	9
2017	427	7
2018	434	8
Tau Kendalla	-0,410	
Z	-2,13	
p	0,0332	

Między liczbą przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1-3 KK) a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK występuje istotna korelacja o ujemnej przeciętnej sile (Tau Kendalla=-0,410). Wraz ze spadkiem liczby stwierdzonych przez Policję przestępstw ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z art. 156 § 1 KK wydanych dla Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018.

Tabela 58. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 156 § 1-3 KK i liczba opinii dotyczących uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	prawomocne skazania art. 156 § 1-3 KK	Liczba opinii art. 156 § 1 KK KiZMS
2004	723	1
2005	689	5
2006	667	3
2007	567	6
2008	676	12
2009	677	2
2010	594	1
2011	608	7
2012	604	9
2013	635	7
2014	473	10
2015	550	11
2016	576	9
2017	478	7
2018	461	8
Tau Kendalla	-0,371	
Z	-1,93	
p	0,0540	

Między ilością prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 156 § 1-3 KK a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018 nie wykazano istotnej korelacji ($p > 0,05$).

Tabela 59. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 1 KK i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	prawomocne skazania art.157 § 1 KK	liczba opinii art. 157 § 1 KK KiZMS
2004	6 275	6
2005	5 592	17
2006	4 982	17
2007	4 118	16
2008	4 549	20
2009	4 162	20
2010	4 094	23
2011	4 127	25
2012	4 023	30
2013	3 758	42
2014	3 748	45
2015	3 209	48
2016	3 580	46
2017	3 425	50
2018	3 516	51
Tau Kendalla	-0,817	
Z	-4,25	
p	<0,0001	

Między ilością prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 1 KK a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 KK występuje istotna korelacja o ujemnej bardzo wysokiej sile (Tau Kendalla=-0,817). Wraz ze spadkiem prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 1 KK wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 §1 KK w latach 2004 – 2018.

Tabela 60. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 2 KK i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	prawomocne skazania art.157 § 2 KK	liczba opinii art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK KiZMS
2004	2 181	15
2005	2 123	8
2006	2 073	25
2007	1 913	20
2008	2 164	25
2009	2 145	33
2010	1 961	30
2011	2 445	32
2012	2 542	45
2013	2 519	62
2014	2 624	62
2015	2 467	56
2016	2 602	72
2017	2 676	80
2018	2 781	75
Tau Kendalla	0,683	
Z	3,55	
p	0,0004	

Między liczbą prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 2 KK a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK występuje istotna korelacja o dodatniej wysokiej sile (Tau Kendalla=0,683). Wraz ze wzrostem prawomocnych skazań osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 2 KK wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.

Tabela 61. Liczba postępowań wszczętych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 – 3 KK) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Liczba postępowań wszczętych art. 157 § 1 – 3 KK	Liczba opinii art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK KiZMS
2004	20500	21
2005	19830	25
2006	19728	42
2007	19327	36
2008	19606	45
2009	20365	53
2010	16793	53
2011	17041	57
2012	16107	75
2013	16952	104
2014	17461	107
2015	16453	104
2016	15865	118
2017	15699	130
2018	15118	126
Tau Kendalla	-0,683	
Z	-3,55	
p	0,0004	

Między liczbą postępowań wszczętych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 – 3 KK) a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK występuje istotna korelacja o ujemnej wysokiej sile (Tau Kendalla=-0,683). Wraz ze spadkiem liczby postępowań wszczętych wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.

Tabela 62. Liczba przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 - 3 KK) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018

Rok	Liczba przestępstw stwierdzonych art. 157 § 1 - 3 KK	Liczba opinii art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK KiZMS
2004	15120	21
2005	14319	25
2006	14167	42
2007	14208	36
2008	13666	45
2009	14436	53
2010	15105	53
2011	15837	57
2012	14846	75
2013	13541	104
2014	11157	107
2015	9511	104
2016	10579	118
2017	11053	130
2018	10102	126
Tau Kendalla	-0,490	
Z	-2,55	
p	0,0108	

Między liczbą przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 – 3 KK) a liczbą opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 – 2 KK i 217 § 1 KK występuje istotna korelacja o ujemnej przeciętnej sile (Tau Kendalla=-0,490). Wraz ze spadkiem liczby przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 – 3 KK) wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 KK i 217 § 1 KK wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.

5. Dyskusja

W medycynie sądowej od lat obserwuje się swoisty paradoks polegający na znacznym zapotrzebowaniu organów procesowych na opinie biegłych lekarzy w postępowaniu karnym a niewielką ilością specjalistów medycyny sądowej w porównaniu do innych specjalności lekarskich. Z powodu niedoboru medyków sądowych opinie wydają biegli lekarze specjaliści klinicznych dziedzin medycyny, którzy niewątpliwie dysponują wiadomościami specjalnymi, lecz w toku szkolenia specjalizacyjnego czy praktyki zawodowej najczęściej nie nabywają wystarczającej znajomości podstaw prawa karnego i reguł opiniowania sądowo-lekarskiego. Organ procesowy nie może natomiast podjąć decyzji merytorycznej w sprawach dotyczących przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu bez opinii biegłego lekarza, której jakość i rzetelność rzutuje na wyroki sądów powszechnych czy decyzje prokuratorów o umorzeniu postępowania.

Opiniowanie w sprawach dotyczących narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu stanowi szczególną formę wykonywania funkcji biegłego, gdyż wymaga przełożenia wiedzy z dziedziny nauk medycznych na rozumowanie ściśle prawnicze w celu udzielenia rzetelnej odpowiedzi na pytanie organu procesowego. Biegły opiniując o narażeniu na niebezpieczeństwo powinien ocenić przebieg rozpatrywanego zdarzenia jak lekarz, opierając się na wiadomościach specjalnych z nauk medycznych, a następnie skonfrontować swoje wnioski z prawną wykładnią pojęcia narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i dopiero wtedy sformułować wnioski końcowe opinii. Znajomość podstaw prawa karnego w tym zakresie jest nieodzowna i zdaniem autora wciąż niewystarczająca ilość lekarzy klinicystów sprawujących funkcję stałych biegłych sądowych lub biegłych powołanych do sprawy dysponuje wystarczającą wiedzą z podstaw prawa karnego by swobodnie opiniować w sprawach o narażenie na niebezpieczeństwo, co jest szczególnie widoczne w opiniach wydanych przez indywidualnych biegłych dotyczących błędów medycznych.

Podstawy teoretyczne opiniowania o narażeniu na niebezpieczeństwo zawarte są w wielu publikacjach prawniczych, były też przedmiotem rozważań w publikacjach wywodzących się ze środowiska medyków sądowych czy tematem konferencji naukowych (Konferencja Naukowa zorganizowana przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w 2008 roku, poświęcona sądowo-lekarskiemu opiniowaniu o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu). Środowisko medyków sądowych podejmowało

więc próby wypracowania standardów i wspólnego stanowiska dotyczącego opiniowania o narażeniu na niebezpieczeństwo [51].

Pomimo upływu lat do chwili obecnej nie powstało natomiast żadne opracowanie, które poddałoby kompleksowej analizie opinie wydane w postępowaniu karnym dotyczące narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jedyne, bardzo ogólnikowe dane dotyczące przestępstw penalizujących narażenie na niebezpieczeństwo, pochodzą z baz danych Policji (postępowania wszczęte i przestępstwa stwierdzone) oraz Ministerstwa Sprawiedliwości (ilość prawomocnych wyroków skazujących za poszczególne przestępstwa). Tego rodzaju dane są wysoce niewystarczające, by przeanalizować skalę problemu z punktu widzenia biegłego lekarza wydającego opinie w sprawach karnych. Istnieją co prawda różne opracowania i publikacje zawierające analizę spraw dotyczących błędów medycznych, lecz wiele z nich przedstawia jedynie wycinek problemu, gdyż autorzy analizowali najczęściej wyselekcjonowane grupy spraw (np. błędy medyczne w położnictwie i ginekologii, w chirurgii, itd.). Przypadki błędów medycznych, zwłaszcza dotyczące tylko jednej specjalizacji lekarskiej, stanowią jedynie wycinek, choć niewątpliwie istotny, opiniowania o narażeniu o niebezpieczeństwo.

M. Kis-Wojciechowska przeanalizowała 460 opinii sądowo – lekarskich z zakresu ginekologii i położnictwa wydanych w KiZMS w latach 1999 – 2008 pod kątem błędów i niepowodzeń w specjalności położniczo – ginekologicznej, jednakże w pracy tej brak jest danych, w ilu przypadkach zespoły biegłych wskazały na narażenie pacjentki, płodu lub noworodka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w wyniku błędnego postępowania personelu medycznego, przy czym błędy medyczne stwierdzone zostały w 25 % analizowanych przypadków [52].

Jedną z nielicznych publikacji, wspominającą jedynie zdawkowo o skali problemu, jest doniesienie Jurka i Maksymowicza dotyczące opiniowanie sądowo-lekarskiego i ustalenia narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. W badaniach zespołu wrocławskiego przeanalizowano 281 opinii zespołowych wydanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej we Wrocławiu w 2003 roku, z których 88 dotyczyło spraw kwalifikowanych z art. 160 KK, a z grupy tej 83 przypadki obejmowały opinie odnośnie postępowania personelu medycznego [53]. Również w tym, przypadku analizowany zbiór opinii nie obejmował innego rodzaju spraw niż błędy medyczne.

W przeanalizowanym przez autora okresie piętnastu lat wydanych zostało w KiZMS 27296 opinii sądowo-lekarskich, z których 12,9% (3516 opinii) dotyczyło narażenia człowieka

na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ilość wydanych opinii wskazuje, że opiniowanie odnośnie narażenia na niebezpieczeństwo nie stanowi marginalnego zjawiska w pracy biegłego lekarza i zasadne jest szczegółowe przeanalizowanie tego problemu. W latach 2004 – 2018 liczba wydanych opinii dotyczących narażenia zwiększała się średnio co rok o 14,5%, przy czym trend ten nie może być tłumaczony jedynie wzrostem ilości spraw dotyczących błędów medycznych, lecz przede wszystkim wzrostem ilości opinii w sprawach o uszkodzenie ciała. Żadne z dostępnych opracowań nie wykazało tego rodzaju prawidłowości, przeciwnie analizując publikacje z ostatnich lat można było nabrać nie do końca słusznego przeświadczenia, że dominujące zagadnienie opiniowania o narażeniu człowieka stanowią błędy medyczne. Analiza wykazała ponadto dodatnią korelację między liczbą postępowań wszczętych przez Policję a liczbą opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018. Wraz ze wzrostem liczby postępowań wszczętych przez Policję wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia. Co ciekawe, korelacji takiej nie stwierdzono już dla zestawienia wydanych w KiZMS opinii dotyczących narażenia z liczbą przestępstw narażenia „stwierdzonych” przez Policję (sprawy, które zakończyły się skierowaniem aktu oskarżenia do sądu), podobnie jak w przypadku zestawienia ilości opinii z liczbą prawomocnych skazań z art. 160 § 1 – 3 KK. Nie zmienia to jednak faktu, że liczba opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo w badanym okresie systematycznie zwiększała się i zdaniem autora trend ten może utrzymywać się w kolejnych latach.

Przeprowadzona przez autora analiza dowodzi, że najliczniejszym zbiorem przypadków, w których opiniowano o narażeniu człowieka na niebezpieczeństwo stanowiły sprawy dotyczące uszkodzenia ciała (38,2%), podczas gdy błędy medyczne stanowiły 25,5% opinii w badanym materiale. Jeśli do zestawienia tego dodana zostanie ilość opinii wydanych w sprawach bójki lub pobicia (16,7%), okaże się, że opinie dotyczące uszkodzenia ciała, bójki i pobicia łącznie (54,9%) znacznie przeważały nad ilością spraw błędów medycznych. Okoliczność ta była praktycznie pomijana dotychczas w publikacjach wywodzących się ze środowiska medyków sądowych. Być może należałoby również przestępstwom uszkodzenia ciała oraz bójki lub pobicia poświęcić więcej uwagi w analizie naukowej obok wzrastającej ilości publikacji dotyczących błędów medycznych. Również wypadki przy pracy, praktycznie pomijane w publikacjach jako problem opiniodawczy dla biegłego lekarza w sprawach karnych, w przeciwieństwie do orzekania o uszczerbku na zdrowiu związanego z wypadkiem w postępowaniach cywilnych, stanowiły istotny odsetek spraw, w których wydane zostały opinie dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo (7,7% przypadków). Jest to o tyle istotne, że

analizowane opinie dotyczyły w większości przypadków, w których pokrzywdzeni doznali obrażeń kwalifikowanych z art. 157 § 1 KK czy też ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 156 § 1 KK, które można kwalifikować jako ciężkie wypadki przy pracy. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego liczba ciężkich wypadków przy pracy, w okresie analizowanych 15 lat, stopniowo malała (od 1040 w roku 2004 do 527 w roku 2018), tendencji tej nie widać jednak w ilości opinii wydanych w KiZMS. Sprawy dotyczące opieki nad osobą narażoną stanowiły niewielki odsetek wydanych opinii (4,4%), jednakże liczba wydanych opinii zwiększała się średnio co rok o 6,8%, co wskazuje, że trend ten może utrzymać się w kolejnych latach wraz ze wzrostem ilości spraw dotyczącej sprawowania niewłaściwej opieki nad osobami opieki tej wymagającymi (dziećmi, osobami niepełnosprawnymi, w podeszłym wieku, itp.).

W analizowanym okresie piętnastu lat miały miejsce różne reformy i zmiany w wymiarze sprawiedliwości, takie jak np. likwidacja sądów grodzkich (styczeń 2010 roku), próba wprowadzenia zasady kontrydiktoryjności w postępowaniu karnym (przepisy uchwalone w 2013 roku), zmiany w strukturze i właściwościach sądów powszechnych (zwane potocznie „reformą Gowina”) – 2014 rok, utworzenie prokuratur regionalnych wraz ze specjalnymi wydziałami do spraw błędów medycznych (2016 rok), modyfikacje zapisów kodeksu karnego dotyczących przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu, itd. Zmiany systemowe wymiaru sprawiedliwości nie odbiły się na ilości spraw dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo, których liczba wzrastała rocznie, można natomiast wskazać na zauważalny wzrost ilości opinii dotyczących błędów medycznych w latach 2015 – 2018, a szczególnie w latach 2017 i 2018, co może być związane ze zwiększoną aktywnością prokuratury w prowadzeniu postępowań w sprawach błędów medycznych.

Organem procesowym, dla którego wydanych zostało najwięcej opinii dotyczących narażenia były jednostki Policji (52,3% przypadków). Liczba opinii wydanych dla Policji zwiększała się co rok średnio o 22,5%. Drugim zleceniodawcą pod względem liczby wydanych opinii była prokuratura (41%), a liczba opinii wydanych na zlecenie prokuratorów w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 13,2%. Włączając również pojedyncze opinie sporządzone rocznie dla Żandarmerii Wojskowej, z analizy tej wynika, że ponad 93% opinii w badanym materiale wydanych zostało na etapie postępowania przygotowawczego. Postępowanie przygotowawcze jest pierwszym etapem postępowania karnego prowadzonego w sprawach o przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego. Celem postępowania przygotowawczego jest ustalenie, czy został popełniony czyn zabroniony i czy wypełnia on

znamiona określonego typu przestępstwa (czy czyn ten jest bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy). Postępowanie przygotowawcze dzieli się na dwa etapy: w sprawie (*in rem*) i przeciwko konkretnej osobie (*in personam*). Postępowanie to ma dwie zasadnicze funkcje: przygotowawczą (gromadzenie i utrwalanie materiału dowodowego, na podstawie którego organ prowadzący może podjąć decyzję o zakończeniu postępowania przygotowawczego i ewentualnego skierowania aktu oskarżenia do sądu lub umorzenia postępowania) oraz funkcję profilaktyczną (stworzenie warunków służących zapobieganiu przestępczości). Postępowanie przygotowawcze prowadzi co do zasady prokurator lub Policja pod nadzorem prokuratora [54].

Opinie dotyczące narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu niezbędne były dla organów procesowych (Policji i prokuratury) w czasie postępowania przygotowawczego, w celu stwierdzenia czy doszło do popełnienia konkretnego przestępstwa. W przypadku przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu opinia biegłego lekarza jest kluczowa, gdyż organ procesowy nie dysponuje wiadomościami specjalnymi z dziedziny nauk medycznych. Jest to szczególnie widoczne w sprawach błędów medycznych, w których prokurator nie może podjąć decyzji merytorycznej w postępowaniu przygotowawczym bez opinii biegłych (umorzenie sprawy lub skierowanie do sądu aktu oskarżenia). Opinie dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo miały więc za zadanie pomóc organowi prowadzącemu postępowanie w stwierdzeniu czy doszło do jednego z przestępstw narażenia. Na biegłych lekarzach sporządzających opinie ciąży więc znaczna odpowiedzialność, gdyż opinia nierzetelna, stwierdzająca brak znamion narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu mogłaby skutkować podjęciem błędnej decyzji przez organ procesowy i doprowadzić do wymierzenia sprawcy kary niewspółmiernej do czynu czy nawet jego bezkarności.

W tym stanie rzeczy nie jest zaskakująca niewielka liczba opinii sporządzonych dla sądów (jedynie 6,2 % przypadków). Ponadto należy zauważyć, że odsetek opinii wydanych dla sądów wydanych w kolejnych latach malał średnio co rok o 15,1%, co wskazuje, że z upływem lat zmniejszała się konieczność wydawania opinii dotyczących narażenia przez biegłych na etapie postępowania sądowego. Pośrednio może to wskazywać na poprawę jakości prowadzonych postępowań przygotowawczych w zakresie pozyskiwania opinii biegłych na tym etapie postępowania karnego przez organy procesowe, a opinie te były weryfikowane merytorycznie już w fazie przygotowawczej postępowania i jedynie w nielicznych przypadkach konieczne było wydanie kolejnej lub całkowicie nowej opinii w postępowaniu sądowym (np.

gdy opinia wydana przez inny zespół biegłych była kwestionowana przez strony postępowania).

W przypadku opinii sporządzonych dla Policji (1840 przypadki), a więc na etapie postępowania przygotowawczego i w zakresie czynności procesowych prowadzonych przez funkcjonariuszy Policji pod nadzorem prokuratora, najliczniejszą grupę stanowiły sprawy dotyczące uszkodzenia ciała (47,2%) oraz bójki lub pobicia (24,5%). Natomiast bardzo niewielki odsetek dotyczył opinii w sprawach błędów medycznych (jedynie 4,6% przypadków). Postępowania przygotowawcze w sprawach uszkodzenia ciała czy bójki lub pobicia prowadzone są w przeważającej większości przez jednostki Policji (pod nadzorem prokuratora) w formie dochodzenia (postępowania, które prowadzi się w sprawach należących do właściwości sądu rejonowego, a więc w sprawach o przestępstwa zagrożone karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności) [46]. W tej kategorii mieszczą się przestępstwa m.in. z art. 157 § 1 i 2 KK, art. 158 § 1 KK, a więc postępowania w tego rodzaju sprawach prowadzone były przez Policję, dlatego też to jednostki Policji zlecały biegłym z KiZMS wydanie tak znacznej ilości opinii. Nie tłumaczy to jednak tak niewielkiej ilości wydanych dla Policji opinii dotyczących błędów medycznych, w których przestępstwa kwalifikowane są m.in. z art. 160 § 1 i 2 KK, a więc również stanowiące występki zagrożone karą nieprzekraczającą 5 lat. W sprawach dotyczących błędów medycznych postępowania prowadzone są zwykle przez prokuratorów osobiście, w formie śledztwa, a nie dochodzenia, tak więc to prokurator zleca biegłym wydanie opinii. Potwierdza to zestawienie opinii wydanych na zlecenie prokuratury w sprawach błędów medycznych – spośród 1441 opinii sporządzonych dla prokuratury 54,5% stanowiły sprawy dotyczące błędów medycznych, podczas gdy opinie w sprawach o uszkodzenie ciała jedynie 22,8%, a dotyczące bójki lub pobicia tylko 7,1%. Podobne wyniki w sprawach błędów medycznych uzyskała Kis-Wojciechowska, w badaniach której odsetek ilości opinii zlecanych przez prokuraturę biegłym z KiZMS w latach 1999 – 2008 wynosił 51,3% opinii. Jednakże w liczbach bezwzględnych ilość opinii w sprawach błędów medycznych sporządzonych dla prokuratury w materiale badawczym autora wynosiła 786 przypadków, a w materiale Kis-Wojciechowskiej 236 przypadków [52].

Jako komentarz do przedstawionego stanu faktycznego można przytoczyć informacje ze stron internetowych Prokuratury Krajowej, z których wynika, że dzięki powstaniu wydziałów do spraw błędów medycznych w prokuraturach regionalnych i okręgowych „zdecydowanie poprawiła się” jakość postępowań dotyczących błędów medycznych.

„Prokuratorzy prokuratur regionalnych w większym stopniu niż dotychczas osobiście wykonują czynności procesowe, w tym np. przesłuchania świadków.” Poza tym postępowania w sprawach błędów medycznych jeszcze przed reformą prokuratury prowadzone były w formie śledztw chociażby ze względu na „ wagę lub zawartość sprawy”, natomiast z analizy statystycznej badanych opinii wynika, że liczba opinii sporządzonych dla prokuratury w sprawach błędów medycznych zwiększała się w kolejnych latach o 8,2%, a odsetek opinii zwiększał się średnio co rok o 3,5%. Zdaniem autora obserwowany trend będzie utrzymywał się w kolejnych latach wraz ze wzrostem ilości postępowań w sprawach błędów medycznych oraz narastającą roszczeniowością pacjentów i ich rodzin wobec personelu medycznego.

Zestawienie opinii wydanych na zlecenie prokuratury wskazuje na trend wzrostowy w przypadku spraw dotyczących uszkodzenia ciała. Liczba opinii w sprawach o uszkodzenie ciała sporządzonych dla prokuratury w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 21,4 %, a więc wykazywała większą tendencję wzrostową niż sprawy błędów medycznych. Trend ten koreluje z ogólnym corocznym wzrostem ilości opinii dotyczących uszkodzenia ciała i dowodzi, że w części postępowań przygotowawczych czynności takie, jak powołanie biegłych do wydania opinii, były wykonywane osobiście przez prokuratora, zamiast przez funkcjonariusza Policji. Natomiast dla opinii dotyczących bójki lub pobicia nie zachodziły podobne prawidłowości, przeciwnie, odsetek opinii w sprawach bójki lub pobicia sporządzonych dla prokuratury w kolejnych latach co rok malał średnio o 1,4%.

Analiza zbioru opinii wydanych na zlecenie sądów (217 przypadków) nie wykazała istotnej korelacji z latami ani trendów statystycznych. Na uwagę zasługuje jedynie odsetek opinii w sprawach uszkodzenia ciała (34,6%) i bójki lub pobicia (33,2%), który wskazuje, że jednak nie w każdym przypadku już na etapie postępowania przygotowawczego zostały sporządzone opinie biegłych, ewentualnie opinie złożone już do akt wymagały uzupełnienia lub zdaniem sądu konieczne było zasięgnięcie nowej opinii. Rzadko natomiast korzystały sądy z usług biegłych w sprawach błędów medycznych, w których zadawano biegłym pytanie o narażenie (jedynie 42 opinie w ciągu 15 lat – 19,3% wszystkich opinii zleconych przez sądy). Dla porównania, badania Kis-Wojciechowskiej wykazały, że sądy karne zleciły w latach 1999 – 2008 biegłym z KiZMS wydanie 50 opinii (10,87% przypadków) w sprawach błędów medycznych [52]. Tendencja ta utrzymywała się więc w kolejnych latach, co wskazuje, że opinie biegłych w sprawach błędów medycznych, sporządzone w postępowaniu przygotowawczym, w większości przypadków okazywały „wystarczające” do wydania przez sąd wyroku.

W sprawach uszkodzenia ciała na uwagę zasługuje największy, spośród wszystkich badanych grup, wzrost ilości opinii, których liczba zwiększała się średnio o rok o 19,8%. W świetle tej zależności zaskakujące jest zestawienie ilości przestępstw dotyczących uszkodzenia ciała rocznie (według danych Policji) z liczbą opinii wydawanych w KiZMS na zlecenie Policji. Wraz ze spadkiem ilości przestępstw uszkodzenia ciała w Polsce wzrastała liczba opinii sporządzonych dla Policji dotyczących uszkodzenia ciała. Podobna korelacja obserwowana była dla ilości przestępstw uszkodzenia ciała z terenu Wielkopolski, których liczba również rocznie malała, a liczba opinii rosła. Podobną zależność obserwowano dla zestawienia opinii wydanych w KiZMS w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 156 § 1 KK z liczbą przestępstw ciężkiego uszczerbku na zdrowiu stwierdzonych przez Policję – wraz ze spadkiem liczby stwierdzonych przez Policję przestępstw z art. 156 § 1 – 3 KK wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 KK (korelacji takiej nie stwierdzono natomiast dla postępowań wszczętych z art. 156 § 1 – 3 KK, ani dla ilości prawomocnych skazań z art. 156 § 1 – 3 KK). Następnie wraz ze spadkiem ilości prawomocnych skazań za przestępstwa z art. 157 § 1 KK wzrastała liczba opinii wydanych w KiZMS dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 1 KK. Z kolei dla liczby prawomocnych skazań z art. 157 § 2 KK obserwowano inną zależność – wraz ze wzrostem prawomocnych skazań za przestępstwa z art. 157 § 2 KK wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 2 KK i 217 § 1 KK. Natomiast wraz ze spadkiem ilości postępowań wszczętych i przestępstw stwierdzonych przez Policję z art. 157 § 1 – 3 KK (średnie i lekkie uszkodzenie ciała) wzrastała liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 – 2 KK i art. 271 § 1 KK.

Przedstawione zależności są nie tylko zaskakujące, lecz trudno wytłumaczalne. Zdaniem autora jedną z przyczyn tego zjawiska jest przyjęte przez Policję z terenu Wielkopolski rozpatrywanie spraw o uszkodzenie ciała nie tylko pod kątem kwalifikacji karnej obrażeń doznanych przez osoby pokrzywdzone, lecz również analizowanie czy określone działanie sprawcy nie wyczerpywało znamion narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W przypadku odpowiedzi twierdzącej biegłych na pytanie dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo organ prowadzący postępowanie może zastosować kumulatywną kwalifikację prawną czynu, np. art. 157 § 1 KK w zb. z art. 160 § 1 KK. Ten swoisty „zwyczaj” Policji zadawania biegłym pytania o narażenie pokrzywdzonego w większości spraw o uszkodzenie ciała, obserwowany przez autora w codziennej pracy biegłego medyka sądowego, musi być akceptowany przez prokuratora

sprawującego nadzór nad postępowaniem przygotowawczym. Poza tym również prokuratorzy w wielu sprawach o uszkodzenie ciała zadawali pytania dotyczące narażenia (w latach 2004 – 2018 wydano dla prokuratury 328 opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała, co stanowiło 9,3% analizowanych wszystkich opinii, natomiast dla Policji sporządzono 868 opinii – 24,7% całości analizowanego materiału). Z powodu braku podobnych opracowań autorowi trudno jest zająć stanowisko czy „zwyczaj” zadawania biegłym pytania o narażenie pokrzywdzonego w sprawach o uszkodzenie ciała istnieje w takiej skali w postępowaniach karnych prowadzonych również w innych rejonach kraju. Z przyczyn oczywistych i zwyczajnej ekonomiki procesowej do KiZMS, poza wyjątkami, nie wpływają sprawy dotyczące występów uszkodzenia ciała z odległych regionów Polski, przez co zjawisko to nie może być szerzej skomentowane w skali kraju. Niewątpliwie jednak tendencja do stosowania kumulatywnej kwalifikacji karnej przestępstw uszkodzenia ciała z art. 160 § 1 KK jest wyraźnie zauważalna w postępowaniu organów procesowych z terenu Wielkopolski, co może skutkować w wielu przypadkach surowszymi wyrokami orzekanymi przez sądy. Nadal jednakże w ocenie autora nie ma pewności czy powyższa hipoteza jest jedyną przyczyną wzrostu ilości opinii dotyczących uszkodzenia ciała przy spadku ilości tego rodzaju przestępstw rocznie w skali kraju i Wielkopolski. Można również postawić inne hipotezy jako przyczynę analizowanego trendu, takie jak np. spadek ilości opinii wydawanych w sprawach o uszkodzenie ciała przez biegłych indywidualnych przy wzroście ilości spraw wpływających do KiZMS czy tendencja organów procesowych do zasięgania opinii biegłych w większej ilości prowadzonych spraw z powodu zwiększonej roszczeniowości stron, stanowiska sądów w postępowaniach odwoławczych, itp. Z powodu braku odpowiednich opracowań tego problemu postawione hipotezy nie mogą być zweryfikowane.

Analiza opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo w sprawach dotyczących uszkodzenia ciała wskazuje również na większy coroczny wzrost ilości opinii, w których biegli nie stwierdzili narażenia pokrzywdzonych (wzrost liczby opinii średnio co rok o 37%, wzrost odsetka opinii średnio co rok o 14,4%), w porównaniu do zwiększania się ilości opinii w kolejnych latach, w których doszło do narażenia zdaniem biegłych (wzrost średnio co rok o 17,5%, spadek odsetka opinii średnio co rok o 1,9%). Przeważającą grupą opinii w sprawach o uszkodzenie ciała były przypadki, w których narażenie było stwierdzane przez biegłych, jednakże w latach 2016 i 2017 nastąpiło niemal wyrównanie liczby opinii, w których narażenie zaistniało i do narażenia nie doszło. Wzrost ilości opinii, w których zdaniem biegłych narażenie na niebezpieczeństwo nie nastąpiło, przy wyraźnym zwiększaniu się corocznym liczby opinii

w sprawach o uszkodzenia ciała może wskazywać, że biegli wraz z upływem lat zmodyfikowali swoje rozumowanie odnośnie narażenia i starali się w większym stopniu obiektywizować wnioski opinii w oparciu przede wszystkim o analizę stopnia ciężkości i lokalizacji obrażeń pokrzywdzonych w korelacji z opisem przebiegu zdarzenia. Tendencja ta zasługuje na podkreślenie, gdyż rozważnie opiniujący biegli, starający się w maksymalnie możliwy sposób obiektywizować z sądowo-lekarskiego punktu widzenia wnioskowanie o narażeniu na niebezpieczeństwo w sprawach uszkodzenia ciała, gdy są dostępne dane zarówno dotyczące obrażeń osób pokrzywdzonych, jak i okoliczności zdarzenia (zeznania świadków, monitoring, itd.) będą wydawać opinie rzetelne, obiektywne i przede wszystkim nie będzie dochodzić do nadużywania pojęcia narażenia na niebezpieczeństwo w sprawach uszkodzenia ciała. Nie każdy uraz zadany pokrzywdzonemu (uderzenie pięścią w twarz, kopnięcie w brzuch, itp.) musi „automatycznie” powodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Każdy przypadek powinien być przez biegłego rozpatrywany indywidualnie w kategoriach obiektywizacji wnioskowania o narażeniu w oparciu o dostępny materiał dowodowy.

Opinie dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo w sprawach o uszkodzenie ciała były również analizowane pod kątem kwalifikacji karnej obrażeń osób pokrzywdzonych. Najliczniejszą grupę opinii stanowiły przypadki lekkich obrażeń ciała lub naruszenia nietykalności cielesnej (art. 157 § 2 KK i art. 217 § 1 KK) – 47,6% opinii. Z kolei w grupie 640 opinii w sprawach lekkich obrażeń ciała w 38,9% przypadków narażenia nie stwierdzono (249 opinii), a 55% przypadków narażenie stwierdzono (352 sprawy), lecz liczba opinii w sprawach lekkiego uszkodzenia ciała, w których nie stwierdzano narażenia zwiększała się średnio co rok aż o 38,3%. Również w tym przypadku można postawić tezę, że tendencja ta wynikała z coraz większego wraz z upływem lat korzystania przez biegłych z narzędzi obiektywizacji wnioskowania o narażeniu. W uproszczeniu można byłoby podsumować rozumowanie biegłych w sprawach, w których pokrzywdzeni doznali jedynie lekkich obrażeń ciała – jeśli obrażenia pokrzywdzonych były lekkie, to prawdopodobieństwo, że urazy, które zadawał pokrzywdzonemu sprawca, mogłyby spowodować ciężki uszczerbek na zdrowiu albo utratę życia, było niskie, nie ma więc podstaw do przyjęcia stanu narażenia na niebezpieczeństwo. Tendencja ta jest jeszcze wyraźniejsza w przypadku spraw, w których pokrzywdzeni nie doznali obrażeń, a zgłaszali przestępstwo uszkodzenia ciała. Należy zauważyć, że organ procesowy, zlecający wydanie opinii, liczy na wiadomości specjalne biegłego medyka sądowego w kwestii narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego

uszczerbku na zdrowiu również w przypadkach, gdy osoby pokrzywdzone nie doznały obrażeń [51]. Na 150 takich opinii w 48% narażenia nie stwierdzono (72 przypadki), a w 46% (69 spraw) wskazano na zaistnienie narażenia. Zdaniem autora ilość opinii, w których biegli wskazali na narażenie pomimo braku obrażeń i tak jest zbyt duża w badanym materiale, co może rodzić przypuszczenie, że biegli niektórych przypadkach w sposób nie wystarczający obiektywizowali narażenie i zbyt bezkrytycznie przyjmowali wersję przebiegu zdarzenia podawaną przez pokrzywdzonych. Pozytywne natomiast jest zjawisko, że liczba opinii, w których narażenia nie stwierdzono, wprowadzie nieznacznie, lecz jednak jest większa od opinii wskazujących na zaistnienie narażenia. Autor nie stawia tezy, że opinie, w których narażenie stwierdzono, a pokrzywdzeni nie doznali obrażeń ciała, były nierzetelne, lecz mogły być jednostronne, zbyt „zawierające” jednej wersji przebiegu zdarzenia. Oczywiście to organ procesowy weryfikuje treść opinii i ocenia wiarygodność świadków, lecz na biegłych spoczywa obowiązek opiniowania obiektywnego, a wszelkie wątpliwości muszą być rozstrzygane na korzyść podejrzanego czy oskarżonego, a nie pokrzywdzonego. To właśnie w sprawach pozornie błahych, gdy pokrzywdzeni nie doznali w ogóle obrażeń, biegli powinni zachować szczególną ostrożność w opiniowaniu o narażeniu, gdyż brak obrażeń powoduje brak możliwości obiektywizacji narażenia. Gdy materiał dowodowy nie pozwala na wydanie opinii w tym zakresie, biegły powinien w opinii wskazać, że w oparciu o analizę akt sprawy nie można wypowiedzieć się z sądowo-lekarskiego punktu widzenia czy w przebiegu zdarzenia doszło do narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Bezkrytyczne wydawanie opinii o zaistnieniu narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała bez możliwości obiektywizacji stanu narażenia z powodu braku obrażeń osób pokrzywdzonych, przy braku innego materiału dowodowego (np. zapisu monitoringu), jest w ocenie autora postępowaniem nieprawidłowym.

W przypadku spraw dotyczących obrażeń z art. 157 § 1 KK (średni uszczerbek na zdrowiu) i art. 156 § 1 KK (ciężki uszczerbek na zdrowiu) kontrowersje opiniodawcze w zakresie zaistnienia lub braku narażenia są znacznie mniejsze, gdyż stwierdzone obrażenia pokrzywdzonych pozwalają na obiektywizację narażenia. Nie jest więc zaskakujące, że zarówno w przypadku spraw kwalifikowanych z art. 157 § 1 KK, jak i z art. 156 § 1 KK biegli w przeważającej ilości opinii wskazywali na zaistnienie narażenia pokrzywdzonych na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (dla spraw uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 KK liczba opinii, w których stwierdzono narażenie, w kolejnych latach zwiększała się średnio o 28,4%).

W opiniach wydawanych w sprawach bójki lub pobicia obiektywizacja narażenia z punktu widzenia biegłego jest nieco prostsza, niż w przypadku uszkodzenia ciała, gdyż zapis art. 158 § 1 KK pozwala na stopniowanie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo w trzech postaciach: narażenia na utratę życia, na nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 KK i na nastąpienie skutku określonego w art. 157 § 1 KK. Do zaistnienia przestępstwa bójki lub pobicia wystarczające jest wskazanie narażenia na którykolwiek ze skutków, w praktyce wystarczy stwierdzić narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo nastąpienia skutku określonego w art. 157 § 1 KK. Zwiększa to katalog urazów, które mogą doprowadzić do powstania obrażeń kwalifikowanych z tego artykułu, poza tym nawet w przypadku lekkich obrażeń pokrzywdzonych lub uczestników bójki (np. sińców czy otarć naskórka w okolicy twarzy) można wnioskować, że zadawanie im urazów z dużym prawdopodobieństwem mogło doprowadzić do powstania obrażeń naruszających czynności narządu ciała na czas dłuższy niż siedem dni (art. 157 § 1 KK). Przykładowe rozumowanie: jeśli pokrzywdzeni byli uderzani pięściami w twarz i stwierdzono u nich powierzchowne obrażenia okolicy twarzy, to istniało wysokie prawdopodobieństwo, że zadawane przez sprawców urazy mogły spowodować obrażenia kwalifikowane z art. 157 § 1 KK, np. złamanie kości twarzoczaszki, wybite zębów, itp. Nie jest więc zaskakujące, że w przypadku opinii w sprawach bójki lub pobicia biegli w 83,6% przypadków wskazali na zaistnienie narażenia w przebiegu zdarzenia, a jedynie w 12,1% przypadków narażenia takiego nie stwierdzono. Tendencja ta widoczna jest również w przypadku rozróżnienia spraw na udział w bójce i na pobicia, natomiast w przypadku bójek i pobić z użyciem broni palnej, noża lub innego niebezpiecznego przedmiotu w każdej opinii stwierdzono narażenie.

Przeprowadzona analiza opinii nie wykazała istotnej korelacji między liczbą przestępstw bójki lub pobicia na terenie Polski i Wielkopolski a liczbą opinii sporządzonych dla Policji w KiZMS w sprawach bójki lub pobicia. Podobnie nie stwierdzono korelacji liczby opinii wydanych w sprawach bójki lub pobicia w KiZMS a liczbą prawomocnych skazań z art. 158 § 1 – 3 KK i art. 159 KK. Mogło to wynikać ze zbyt małej liczby opinii wydanych w sprawach bójki lub pobicia w KiZMS w porównaniu z ilością tego typu przestępstw w skali kraju. Poza tym dane Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości wykazują istotny coroczny spadek ilości przestępstw bójki lub pobicia, zarówno w skali kraju, jak i w Wielkopolsce, podczas gdy liczba opinii wydanych w KiZMS w sprawach bójki lub pobicia zwiększała się średnio co rok o 11,7%, jedynie odsetek tego rodzaju opinii co rok malał średnio o 2,4%.

W tym miejscu warto przytoczyć dwa odmienne stanowiska wśród medyków sądowych w przypadkach pobicia z użyciem niebezpiecznego narzędzia. Pierwszy pogląd głosi, że w każdym takim przypadku opiniowanie o narażeniu na niebezpieczeństwo powinno być związane z oceną potencjalnych skutków biologicznych działania określonego narzędzia na człowieka, co wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu medycyny sądowej. W sytuacji, gdy nie wystąpią żadne skutki biologiczne dla osoby pokrzywdzonej nie można mówić o narażeniu na bezpośrednie niebezpieczeństwo. Drugie stanowisko przyjmuje, że w większości tego rodzaju przypadków ocena niebezpieczeństwa leży w kompetencjach organu procesowego i nie wymaga to opiniowania przez biegłego medyka sądowego [51]. Autor zdecydowanie przychylił się do stanowiska pierwszego, drugie wydaje się zbyt radykalne, gdyż zdarzają się przypadki, że ocena niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia człowieka przez użycie danego narzędzia wymaga wiadomości specjalnych z dziedziny medycyny sądowej.

Opinie wydawane w sprawach dotyczących błędów medycznych stanowiły 25,5 % (896) przypadków, przy czym do analizy wyselekcjonowane zostały tylko te sprawy karne, w których organ zlecający wymagał odpowiedzi na pytania o narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W 66,6% opinii zespoły biegłych nie stwierdziły przesłanek narażenia na niebezpieczeństwo pacjentów na skutek działania lub zaniechania personelu medycznego, narażenie takie zaistniało natomiast zdaniem biegłych w 17,6% przypadków. Wydanie przez biegłych opinii o narażeniu pacjenta na niebezpieczeństwo warunkowało stwierdzenie, że doszło do popełnienia błędu medycznego i prowadziło do skierowania aktu oskarżenia przez prokuratora do sądu przeciwko lekarzowi lub lekarzom (rzadziej innym przedstawicielom zawodów medycznych). Stwierdzenie braku cech narażenia pacjenta na niebezpieczeństwo wskazywało na brak błędu medycznego, o ile w ocenie biegłych nie doszło do działania lub zaniechania lekarza wyczerpującego znamiona innego czynu zabronionego (np. nieumyślnego spowodowania śmierci, spowodowania uszczerbku na zdrowiu pacjenta, itp.). Jednak to z art. 160 § 2 KK lekarzom i innym przedstawicielom zawodów medycznych w sprawach błędów medycznych stawiane są najczęściej zarzuty narażenia pacjenta na niebezpieczeństwo, jako osobie, na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną (pacjentem). Wraz ze wzrostem liczby opinii w sprawach błędów medycznych zwiększała się liczba przypadków, w których zdaniem biegłych do narażenia nie doszło (średnio co rok o 9,2%), natomiast ilość przypadków, w których do narażenia doszło zwiększała się średnio co roku tylko o 1,3%. W analizowanym okresie 15 lat utrzymywała się więc tendencja przewagi spraw dotyczących postępowania personelu

medycznego, w których biegli nie stwierdzali narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo i tym samym w tym zakresie nie doszło do popełnienia błędu.

Warto podkreślić, że o ile trzy najliczniejsze zbiory ilości opinii w sprawach błędów medycznych pod względem specjalizacji lekarskich dotyczyły: ginekologii i położnictwa (22,8%), medycyny ratunkowej oraz anestezjologii i intensywnej terapii (19,2%), chirurgii i ortopedii (19%), to w przypadku spraw kardiologicznych i kardiochirurgicznych obserwowano największy coroczny wzrost ilości opinii (średnio co rok o 9%), podobnie jak w przypadku spraw z zakresu neurologii i neurochirurgii (wzrost ilości opinii średnio co rok o 8,7%, przy czym dla samej neurochirurgii wzrost ten był jeszcze większy – średnio co rok o 17,8%). Dla opinii ginekologiczno-położniczych wzrost ten następował jedynie o 2,8% opinii rocznie, a dla spraw chirurgicznych i ortopedycznych o 4,2% opinii rocznie. Może to wskazywać na wzrost roszczeniowości pacjentów i ich rodzin w sprawach kardiologicznych i kardiochirurgicznych oraz neurologicznych i neurochirurgicznych, co powoduje zwiększenie ilości postępowań wszczynanych przez prokuraturę w tego rodzaju sprawach.

Najliczniejszy zbiór opinii dotyczących błędu medycznego stanowiły sprawy z zakresu ginekologii i położnictwa. W badanej grupie 204 przypadków narażenie stwierdzono w 42 opiniach (20,6%), natomiast w 58,8% (122 przypadki) narażenia nie stwierdzono. Kis-Wojciechowska wykazała, że w analizowanych opiniach z zakresu ginekologii i położnictwa błąd medyczny stwierdzono w 106 sprawach z 460 badanych (25%) [52]. Wyniki uzyskane przez autora w tym zakresie są zbliżone do wyników Kis-Wojciechowskiej, przy czym autorka ta badała wszystkie opinie ginekologiczno-położnicze (również w sprawach cywilnych) i bez rozróżnienia czy zleceniodawca opinii zadawał pytanie dotyczące narażenia pacjentki na niebezpieczeństwo. Pomimo zastosowania różnych kryteriów przez autora i Kis-Wojciechowską z obu badań wynika, że pomimo znacznej ilości opinii za zakresu ginekologii i położnictwa pomimo upływu lat proporcje między opiniami, w których biegli narażenie stwierdzili, a opiniami, w których nie wskazano narażenia, kształtowały się na podobnym poziomie i w przeważającej liczbie przypadków biegli narażenia (i również błędu medycznego) w sprawach ginekologiczno-położniczych nie stwierdzali.

Odsetek opinii, w których stwierdzano narażenie pacjentów na niebezpieczeństwo, w porównaniu do spraw, w których nie wskazano na zaistnienie narażenia, dla innych specjalizacji lekarskich kształtował się następująco:

- medycyna ratunkowa, anestezjologia – w 28,5% opinii zaistniało narażenie, w 57% przypadków narażenia nie stwierdzano,

- chirurgia i ortopedia – w 20% spraw doszło do narażenia, w 67% opinii nie stwierdzono narażenia,
- neurologia i neurochirurgia – w 8,4% opinii zaistniało narażenie, w 59,4% do narażenia nie doszło,
- kardiologia i kardiochirurgia – w 17,2% przypadków stwierdzono narażenie, w 71,4% spraw nie doszło do narażenia,
- choroby wewnętrzne – w 7% opinii doszło do narażenia, w 91,2% spraw nie stwierdzono narażenia,
- pediatria i neonatologia – w 7,3% przypadków stwierdzono narażenie, w 80% opinii nie zaistniało narażenie,
- pozostałe specjalizacje lekarskie – w 11,2% spraw doszło do narażenia, w 81,9% przypadków narażenia nie stwierdzono.

Odsetek opinii, w których biegli nie stwierdzali przesłanek narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo jest szczególnie niski dla specjalności chorób wewnętrznych, pediatrii z neonatologią oraz neurochirurgii z neurologią, natomiast najwięcej procentowo opinii wskazujących na zaistnienie narażenia wydano w sprawach z zakresu medycyny ratunkowej/anestezjologii i intensywnej terapii. W tych więc specjalnościach ryzyko popełnienia błędu było największe i nie odnosiło się to tylko do lekarzy, lecz również ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych (w sprawach medycyny ratunkowej).

Osobnego omówienia wymaga fakt, że aż w 126 opiniach wydanych w sprawach błędów medycznych (14,1%) biegli nie udzielili odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia pacjentów na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. O ile w każdej grupie analizowanych opinii dotyczących narażenia były przypadki nieudzielania odpowiedzi przez biegłych na pytania o narażenie, to w żadnej z tych grup odsetek opinii z brakiem odpowiedzi na to pytanie nie był tak wysoki, jak w przypadku błędów medycznych. Największy odsetek opinii, w których biegli nie udzielili odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia dotyczył spraw ginekologiczno-położniczych (15,7%) i neurochirurgicznych–neurologicznych (32,2%). Szczególnie w przypadku neurochirurgii i neurologii niedopuszczalna jest sytuacja, by prawie 1/3 opinii sporządzona została bez odpowiedzi na jedno z pytań tezy dowodowej zlecaniodawcy opinii. Z analizy opinii, w których odpowiedzi na pytanie o narażenie nie udzielono, wynika, że biegli sporządzający opinie po zajęciu stanowiska o braku nieprawidłowości w postępowaniu personelu medycznego pomijali odpowiedzi na pytania o narażenie na niebezpieczeństwo, uznając to za bezprzedmiotowe,

skoro ich zdaniem nie doszło do popełnienia błędu medycznego. Według autora taka postawa jest nie tylko nieprofesjonalna, ale również sprzeczna z wymogami opiniowania sądowo-lekarskiego. Nie jest rolą biegłego ocena pytań z tezy dowodowej zlecniodawcy opinii jako „bezprzedmiotowych”, „niesłuszných” czy „oczywistych”. Jeśli na dane pytanie odpowiedź może być udzielona w oparciu o analizę dostępnego materiału dowodowego, to obowiązkiem biegłego jest takiej odpowiedzi udzielić, nawet jeśli odpowiedź ta wydaje się „oczywista”. Opinia nieudzielająca odpowiedzi na wszystkie zadane przez organ procesowy pytania może zostać uznana za niepełną i niejasną czy nawet sprzeczną.

Opinia niepełna to opinia, która nie odpowiada na wszystkie pytania, jakie zostały biegłemu postawione w postanowieniu o powołaniu biegłego, a także gdy nie uwzględnia wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia danej kwestii okoliczności i nie zawiera uzasadnienia stanowiska biegłego. Opinia niejasna nie pozwala organowi procesowemu na ustalenie i zrozumienie zawartego w niej stanowiska biegłego, zwłaszcza jeśli biegły używa nielogicznych argumentów, a wnioski są niejasne w treści. Opinia sprzeczna może natomiast zostać podzielona na sprzeczność wewnętrzną (wykluczanie się pewnych tez opinii, sprzeczność twierdzeń z materiałem dowodowym) i sprzeczność zewnętrzną (odmienne wnioski w porównaniu do opinii już wcześniej wydanej w sprawie) [43]. Uznanie opinii za niejasną i niepełną czyni ją mało przydatną organowi procesowemu, a sprzeczności w opinii dyskwalifikują ją jako dowód w sprawie, opinia taka staje się więc nieprzydatna. Odpowiedzi biegłego w opinii powinny być, nawet, gdy dany organ procesowy tego nie wymaga, wyrażone w języku prostym, przystępnym, komunikatywnym [55]. Brak odpowiedzi na pytania nie ułatwia zlecniodawcy zrozumienia treści opinii. W skrajnym przypadku biegłym może zostać zarzucone przez organ procesowy popełnienie błędu opiniodawczego. Biegły popełnia błąd opiniodawczy, jeśli wydana przez niego nieprawidłowa opinia wynika z niedostatecznej wiedzy medycznej lub z dziedziny prawa, nieprawidłowej lub niepełnej interpretacji wyników badań, sformułowania nieprawidłowego wniosku przyczynowo-skutkowego [56]. Brak odpowiedzi na pytania może zostać uznany przez organ procesowy za działanie celowe, mające na celu wprowadzenie zlecniodawcy w błąd.

Sprawy, w których biegli nie udzieli w ogóle odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia należy odróżnić od przypadków, w których nie można było wypowiedzieć się jednoznacznie czy działanie lub zaniechanie personelu medycznego narażało pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Należało jednakże wyjaśnić we wnioskach opinii organowi zlecającemu przyczyny niemożności wypowiedzenia

się w danej kwestii, a nie pomijać bez słowa komentarza odpowiedzi na pytania. Istnieje również w środowisku medyków sądowych pogląd, zgodnie z którym biegli mogą w opinii wskazać na okoliczność, że lekarz swoim nieprawidłowym postępowaniem stworzył warunki niebezpieczeństwa dla pacjenta, ale w zakresie oceny bezpośredniości tego niebezpieczeństwa powinien zająć stanowisko sąd lub prokurator. Biegły może natomiast wskazać organowi prowadzącemu postępowanie prawdopodobieństwo wystąpienia tego niebezpieczeństwa [57].

Opinie dotyczące narażenia w sprawach wypadków przy pracy stanowiły 7,7% analizowanego materiału (271 przypadków). Wśród tego rodzaju opinii najliczniejszą grupę, pod względem rodzaju urazów, jakich w przebiegu wypadku doznali pokrzywdzeni, były różnego rodzaju urazy mechaniczne (38,8%). Była to niejednorodna grupa, którą z powodu znacznej różnorodności urazów trudno byłoby podzielić na kolejne podgrupy. Dominowały urazy zmiżdżeniowe (np. kończyn górnych spowodowane prasą, podnośnikami hydraulicznymi, wałkami magła), całkowite lub częściowe amputacje, szczególnie palców rąk, rany cięte (urazy zadane ostrymi krawędziami różnych urządzeń mechanicznych), przygniecenia przez urwane elementy maszyn, ciężkie ładunki i przedmioty. Najbardziej typową grupę wypadków przy pracy, choć nie najliczniejszą, stanowiły upadki z wysokości, najczęściej podczas prac budowlanych (31%). W tego rodzaju przypadkach pokrzywdzeni doznawali obrażeń co najmniej naruszających czynności narządów ciała na czas dłuższy niż siedem dni (art. 157 § 1 KK) lub wyczerpujących znamiona ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Potrącenia przez pojazdy (9,6%) przypadków polegały głównie na doznaniu urazów polegających na najechaniu przez cofające pojazdy, najechaniu przez wózki widłowe, maszyny budowlane, itp. W przypadku zatruc (4,4%) dominowały przypadki ekspozycji na gazy drażniące, tlenek węgla, pary substancji żrących, rozpuszczalników.

Opiniowanie dotyczące narażenia pracownika na niebezpieczeństwo nie jest zadaniem trudnym, jeśli biegły dysponuje opisem obrażeń pokrzywdzonego i szczegółowym opisem przebiegu wypadku. Nie ma wtedy większych trudności w obiektywizacji i ocenie stopnia narażenia. W wielu przypadkach już same obrażenia warunkują stopień narażenia pracownika na niebezpieczeństwo (np. obrażenia wielonarządowe spowodowane upadkiem z wysokości, amputacja czy zmiżdżenie fragmentu kończyny, itp.). Jedynie w przypadku ekspozycji na toksyczne lub drażniące substancje, szczególnie lotne, w niektórych przypadkach można było napotkać na trudności w obiektywnej ocenie stopnia ekspozycji z powodu braku wykonania pomiarów stężeń związków lotnych w środowisku, przy lekkich objawach zatrucia u pokrzywdzonych [58]. W analizowanym materiale w 74,9% opinii biegli stwierdzili

wystąpienie stanu narażenia pracownika na niebezpieczeństwo, a jedynie w 16,6% przypadków do narażenia nie doszło. W sprawach, w których biegli nie stwierdzali stanu narażenia pracownika, dochodziło zwykle do doznania przez pokrzywdzonych lżejszych urazów w sytuacjach nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu i życiu.

W przypadku opinii w sprawach wypadków przy pracy obserwowany był wzrost ilości wydawanych rocznie opinii (od 2009 roku). Porównując zgromadzone dane z ilością prawomocnych skazań z art. 220 § 1 – 3 KK w Polsce zaobserwowano, że wraz ze spadkiem liczby prawomocnych skazań wzrastała liczba opinii w sprawie wypadków przy pracy wydanych w KiZMS. Z punktu widzenia biegłego z zakresu medycyny sądowej trend ten jest trudno wytłumaczalny. Można jedynie zauważyć, że nie każda opinia biegłego stwierdzająca, że pracownik w wyniku wypadku był narażony na niebezpieczeństwo, warunkuje odpowiedzialność karną pracodawcy. Część wypadków była zawiniona przez samych pracowników, a stan narażenia wywołany był ich zachowaniem, więc pracodawca nie mógł w takiej sytuacji ponosić odpowiedzialności karnej. Między liczbą stwierdzonych przez Policję przestępstw z art. 220 § 1 – 2 KK a ilością opinii wydanych w KiZMS na zlecenie Policji w sprawach wypadków przy pracy nie stwierdzono istotnej korelacji.

Opinie dotyczące narażenia w sprawach opieki nad osobą narażoną nie stanowiły licznego zbioru (143 przypadki – 4,1% spraw), lecz z powodu oddziaływania społecznego tego rodzaju spraw należy je traktować jako istotną część opiniowania o narażeniu człowieka na niebezpieczeństwo. Liczba opinii wydanych w sprawach opieki nad osobą narażoną zwiększała się średnio co rok o 6,8% i szczególnie od roku 2013 roku można było obserwować wzrost ilości tego typu spraw wpływających do KiZMS. Opinie te podzielono na sześć grup w zależności od rodzaju sprawy.

Z punktu widzenia oddziaływania społecznego istotna była grupa przypadków sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi przez rodziców/opiekunów w stanie nietrzeźwości (26,6% spraw). Z punktu widzenia biegłego najtrudniejszym zadaniem była ocena bezpośredniości niebezpieczeństwa zagrażającego małoletnim i stwierdzenie czy zachowanie opiekunów wywołało zagrożenie potencjalne dla zdrowia i życia małoletnich czy zagrożenie realne i bezpośrednie. Przede wszystkim konieczne było ustalenie stopnia stanu nietrzeźwości opiekunów i powodowanego przez stan nietrzeźwości zakłócenia możliwości pokierowania swoim postępowaniem pod kątem sprawowania opieki nad dziećmi. W drugiej kolejności należało ustalić wpływ danego zdarzenia na stan zdrowia dziecka, w szczególności czy małoletni doznał jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu. Należało brać pod uwagę również

okoliczności zdarzenia, miejsce sprawowania opieki nad dzieckiem, itd. Dopiero dysponując tego rodzaju danymi biegły mógł wypowiedzieć się czy narażenie małoletnich na niebezpieczeństwo było bezpośrednie i tym samym czy wyczerpywało dyspozycje przestępstwa z art. 160 § 2 KK. W analizowanej grupie zdarzały też innego rodzaju rzadkie przypadki, jak zgłoszenie się do porodu ciężarnej w stanie nietrzeźwości czy karmienie noworodków lub niemowląt przez matki w stanie nietrzeźwości [59].

Podobne wnioskowanie dotyczące oceny bezpośredniości niebezpieczeństwa osoby, nad którą sprawowana jest opieka konieczne było w przypadku opinii wydawanych w innych grupach spraw: niewłaściwej opieki nad osobą nieporadną (26,6% przypadków), np. nad osobą niedołązną, obłożnie chorą w warunkach domowych, pozostawianie dzieci podczas upalnego dnia w zamkniętym samochodzie czy niemowląt bez opieki na kilkanaście godzin; zaniedbań w opiece w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych (7,7%), w których to sprawach zarzuty kierowano do personelu tych placówek, a ocenie biegłych podlegała dokumentacja medyczna podopiecznych placówki opiekuńczej; dopuszczenie do powstania urazów u osób, nad którymi sprawowano opiekę (15,4%), np. dopuszczenie do upadku osoby niepełnosprawnej z łóżka, niedopilnowanie dzieci, które wypadły z mieszkania oknem, brak reakcji opiekunów na przypadkowe urazy doznane przez osoby niedołążne, upuszczenie pacjenta podczas transportu medycznego, itp.; niestosowanie się opiekunów do zaleceń lekarskich (18,8%), np. w zakresie niewłaściwego lub braku podawania leków, niedopilnowania wizyt w poradniach, niewezwania lekarza rodzinnego do chorego pomimo takiej konieczności, itp.

W analizowanej grupie opinii dotyczących opieki nad osobą narażoną w 58% przypadków biegli nie stwierdzili jednakże stanu narażenia na niebezpieczeństwo osób, nad którymi sprawowano opiekę. Główną przyczyną takiego wnioskowania biegłych był brak dostatecznych przesłanek na wskazanie bezpośredniości niebezpieczeństwa grożącego pokrzywdzonym (np. brak pogorszenia się stanu zdrowia osoby, nad którą sprawowano opiekę, brak obrażeń lub uszczerbku na zdrowiu u dziecka, którym opiekował się nietrzeźwy opiekun, itd.). Ewentualne dane z dokumentacji medycznej dotyczące pokrzywdzonych pozwalały na obiektywizację narażenia i ocenę stopnia bezpośredniości niebezpieczeństwa, a w przypadku, gdy pokrzywdzeni po zdarzeniu nie korzystali z pomocy medycznej lub ich stan pomimo zaniechań lub działań opiekunów był dobry, nie można było wydać kategorycznej opinii o zaistnieniu narażenia pokrzywdzonego na niebezpieczeństwo. W 31,5% przypadków biegli stwierdzili stan narażenia osób, nad którymi sprawowano opiekę, w 7% opinii nie było możliwe

wypowiedzenie się na temat narażenia z powodu niedostatecznego do kategorycznego opiniowania materiału dowodowego.

Kategoria opinii określona jako „inne” to bardzo niejednorodna grupa spraw, których nie można było zakwalifikować do żadnego z powyżej opisanych zbiorów opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo. Spośród 275 opinii z kategorii „innych” najliczniejszą grupę stanowiły przypadki zatrucia ksenobiotykami (32% spraw). Ta grupa opinii odnotowała największy wzrost ilości przypadków – średnio co rok o 10,6%. Ksenobiotyki to substancje niebędące naturalnym składnikiem organizmu, nie powstające endogennie, np. leki i różnego rodzaju związki chemiczne, działające toksycznie, mutagennie, kancerogennie i teratogennie. Do grupy ksenobiotyków na potrzeby niniejszej pracy nie zaliczono tlenu węgla i gazów pożarowych, a zatrucia tymi związkami uszeregowano w osobnej kategorii. Głównym rodzajem ksenobiotyków, będących przedmiotem analizowanych spraw, były różnego rodzaju środki psychoaktywne (narkotyki, leki, ale przede wszystkim tzw. nowe substancje psychoaktywne zwane „dopalaczami”), rzadziej innego rodzaju związki toksyczne czy sterydy anaboliczne. W przypadku opiniowania spraw, w których doszło do zażycia danego ksenobiotyku przez pokrzywdzonego narażenie na niebezpieczeństwo można przyjąć w przypadku potwierdzenia metodą analityczną zawartości toksycznego związku w płynach ustrojowych lub tkankach pokrzywdzonego albo w środowisku ekspozycji na toksyczną substancję w miejscu zdarzenia [51]. Ustalenie stężenia czy nawet w ogóle obecności (za pomocą testów toksykologicznych jakościowych) danej substancji psychoaktywnej było w opiniowanych sprawach problematyczne lub zwyczajnie niemożliwe. Typowym schematem opiniowanych spraw było zażycie nieokreślonej substancji psychoaktywnej przez osobę pokrzywdzoną, co wywoływało określone objawy kliniczne, mniej lub bardziej nasilone, wymagające zwykle obserwacji w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego lub krótkotrwałej hospitalizacji. W nielicznych przypadkach stan pokrzywdzonych był ciężki z powodu ostrego zatrucia związkiem psychoaktywnym. Szpitale nie wykonują rutynowo zaawansowanych badań toksykologicznych pod kątem oznaczenia zwłaszcza nowych substancji psychoaktywnych, przez co w opiniowanych przypadkach żaden ze związków zwanych „dopalaczami” nie został oznaczony we krwi i moczu pokrzywdzonego. W niektórych przypadkach można było dokonać badania substancji znalezionej przy osobie pokrzywdzonej i następnie wypowiedzieć się odnośnie jej toksyczności i po konfrontacji z objawami klinicznymi zatrucia opiniować w sprawie narażenia na niebezpieczeństwo.

Jeszcze bardziej problematyczne z punktu widzenia opiniowania o narażeniu były sprawy, w których nie doszło w ogóle do zażycia danej substancji psychoaktywnej, a jedynie związek taki zabezpieczono u osoby zatrzymanej. Pytania organu zlecającego (głównie Policji) zmierzały do ustalenia czy zażycie oznaczonego środka psychoaktywnego (w jakiej dawce) mogło spowodować narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Opierając się ściśle na regułach opiniowania w sprawach o narażenie na niebezpieczeństwo biegły powinien w ogóle powstrzymać się od opiniowania, jeśli nie doszło do zażycia danej substancji przez człowieka. Zdaniem autora jednakże nie ma przeszkód, by biegły wyjaśnił organowi zlecającemu mechanizm działania i toksyczność danej substancji na organizm człowieka, wskazując na potencjalne skutki (zagrożenie dla zdrowia i życia) w przypadku jej zażycia. Nie można tu mówić oczywiście o bezpośredniości niebezpieczeństwa, lecz potencjalne niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia może być przez biegłego opisane w opinii. Tego rodzaju opinia również może być pomocna dla organu procesowego, choćby do kwalifikacji karnej przestępstwa z art. 165 § 1 pkt. 2 KK (wprowadzenie do obrotu szkodliwych dla zdrowia substancji).

W opiniach dotyczących zatruc ksenobiotykami w 64,8% przypadków (57 spraw) biegli nie stwierdzili narażenia, a jedynie w 17% spraw narażenie stwierdzono (15 opinii). Powodem tego były przede wszystkim brak możliwości oznaczenia substancji toksycznej we krwi pokrzywdzonych, brak możliwości oznaczenia zażytej dawki związku, dobry stan kliniczny pokrzywdzonych po przyjęciu danej lub nieokreślonej substancji. Okoliczność, że w znacznej większości przypadków narażenia nie stwierdzono, nie świadczy o tym, że problem zażywania nowych substancji psychoaktywnych może być bagatelizowany, gdyż obok lekkich zatruc ksenobiotykami w praktyce KiZMS spotyka się zatrucia śmiertelne, ponadto co roku pojawiają się nowe, toksyczne związki chemiczne stosowane jako substancje psychoaktywne. Znacznie łatwiej byłoby biegłym opiniować w tego rodzaju przypadkach, gdyby Policja wypracowała procedurę zabezpieczania próbki krwi od osób po zatruciu związkami psychoaktywnymi, co nie jest skomplikowaną procedurą, gdy pokrzywdzony znajduje się w szpitalu. Taka próbka krwi mogłaby zostać poddana szczegółowym badaniom toksykologicznym, a w oparciu o wynik takiego badania biegli mogliby opiniować w sposób bardziej kategoryczny odnośnie narażenia na niebezpieczeństwo.

W opiniowaniu o narażeniu na niebezpieczeństwo w sprawach ekspozycji na tlenek węgla, dym i gazy pożarowe kluczowe znacznie miało ustalenie stanu zdrowia pokrzywdzonych po zdarzeniu. W przypadku pożarów oceniano objawy zatrucia dymem,

oparzenia termiczne, a w przypadku ekspozycji na tlenek węgla poziom karboksyhemoglobiny we krwi pokrzywdzonych. Istotne znaczenie mają również pomiary wykonywane na miejscu zdarzenia przez Straż Pożarną, Pogotowie Gazowe oraz opinie biegłych dotyczące stanu technicznego przewodów wentylacyjnych czy urządzeń mogących emitować tlenek węgla. W sprawach dotyczących ekspozycji na tlenek węgla biegli jedynie w 2 przypadkach (na 23 opinie) nie stwierdzili narażenia pokrzywdzonych. Znaczna toksyczność tlenku węgla (CO) powoduje, że w przypadku potwierdzenia ekspozycji na CO obiektywnymi wynikami badań praktycznie w każdym przypadku można wydać opinię o narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [60]. Jedynie w sprawach, gdy ekspozycja była nieznaczna, można przyjąć, że do narażenia nie doszło. Opiniowanie nie jest już tak jednoznaczne w przypadku ekspozycji na dym i gazy pożarowe. W takich przypadkach dominująca była ocena stanu klinicznego pokrzywdzonych po zdarzeniu, a stężenie karboksyhemoglobiny u takich osób nie musiało być podwyższone. Należało również uwzględnić dane z miejsca zdarzenia dotyczące rozległości pożaru lub zadymienia pomieszczeń (dokumentacja Państwowej Straży Pożarnej, oględziny miejsca zdarzenia, itp.). Z tego też względu na 25 opinii dotyczących ekspozycji na dym i gazy pożarowe w 14 przypadkach stwierdzono narażenie, a w 8 opiniach narażenia nie stwierdzono (w 3 sprawach nie udzielono odpowiedzi). Narażenie stwierdzano głównie w sprawach pożarów, natomiast w przypadku zadymienia pomieszczeń mieszkalnych narażenia w większości opinii nie wskazywano. Każdy przypadek musi być jednak rozpatrywany indywidualnie, a im bardziej szczegółowy materiał dowodowy zawarty jest w aktach sprawy, tym łatwiejszy jest proces opiniowania dla biegłego.

Opiniowanie o narażeniu na niebezpieczeństwo w przypadkach postrzałów z broni pneumatycznej opiera się na dwóch zasadniczych przesłankach: obrażeniach osób pokrzywdzonych i energii kinetycznej pocisku opuszczającego lufę lub elementu ją zastępującego (energia ta nie powinna przekraczać 17 J). W oparciu o powyższe dane rolą biegłego było wypowiedzenie się, jakie było w analizowanej sytuacji ryzyko (prawdopodobieństwo) utraty zdrowia czy życia oraz ustalenia bezpośredniości niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia [53]. W przypadku, gdy broń nie była badana przed dostarczeniem akt biegłemu z zakresu medycyny sądowej konieczne było przyzwanie do zespołu opiniującego biegłego z dziedziny balistyki. W analizowanym materiale biegli w przeważającej większości (13 przypadków na 17 opinii) stwierdzili narażenie pokrzywdzonych postrzelonych z broni pneumatycznej, a w przypadku użycia innego rodzaju broni (gazowej,

alarmowej), narażenie stwierdzono w każdym przypadku. Urazy powstałe w wyniku postrzałów z broni pneumatycznej mogą stanowić nawet zagrożenie dla życia i tego rodzaju sprawy nie mogą być bagatelizowane przez biegłych z zakresu medycyny.

Narażenie na zakażenie chorobą zakaźną nie było istotnym problemem opiniodawczym w analizowanym okresie piętnastu lat. Opinie dotyczyły narażenia na zakażenie wirusem HIV, HCV, HPV, włośnicą, gruźlicą oraz masowego zatrucia pokarmowego. W opiniowaniu w tym zakresie należało ocenić wyniki badań wirusologicznych sprawcy i pokrzywdzonych (zakażenia chorobami wirusowymi) oraz okoliczności sprawy (czy podjęty przez sprawcę kontakt stwarzał ryzyko zakażenia chorobą zakaźną). W przypadku włośnicy ocenie podlegał głównie stan zdrowia pokrzywdzonych po spożyciu mięsa zarażonego włośniem (stopień ciężkości przebiegu klinicznego włośnicy). Oprócz narażenia, które było oczywiste, ocenie biegłych podlegał również stopień rozstroju zdrowia, jakiego doznali pokrzywdzeni w wyniku zarażenia włośnicą. Dwa przypadki dotyczyły osób z czynną gruźlicą, które samowolnie przerwały leczenie – stwierdzenie narażenia osób mających kontakt z podejrzanymi w takich sprawach nie stanowiło dla biegłych problemu.

W sprawach dotyczących nieudzielenia pomocy zwraca uwagę, że na 13 opinii dotyczących nieudzielenia pomocy ofiarom wypadków komunikacyjnych aż w 9 przypadkach biegli nie stwierdzili przesłanek narażenia pokrzywdzonych na niebezpieczeństwo. Nie w każdym przypadku osoby podejrzewane o nieudzielenie pomocy miały świadomość ciężkości stanu osób pokrzywdzonych lub też stan zdrowia pokrzywdzonych nie wyczerpywał znamion położenia grożącego bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 162 § 1 KK. Również w tego rodzaju sprawach każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie, a kluczowa jest ocena stanu zdrowia osoby wymagającej udzielenia pomocy w kontekście okoliczności wypadku, możliwości wezwania i szybkiego przybycia fachowej pomocy medycznej, itp. Natomiast w 3 przypadkach pozostawienia bez pomocy osób nietrzeźwych, w porze chłodnej, w nieodpowiedniej do pory roku odzieży, opinie biegłych były jednoznaczne i bez wątpliwości stwierdzono, że pokrzywdzeni znajdowali się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Ekspozycja na gazy drażniące (pieprzowy, łzawiący) w przeważającej większości przypadków nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia, co miało odzwierciedlenie w opiniach biegłych, w których nie stwierdzano przesłanek narażenia na niebezpieczeństwo. Jedynie w jednym przypadku (na 12 opinii) z uwagi na znaczną ekspozycję na gaz łzawiący i pogorszenie

się stanu zdrowia pokrzywdzonego po zdarzeniu biegły wskazał na stan narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W analizowanym materiale 10 opinii dotyczyło wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych. Chociaż była to nieliczna grupa opiniowanych spraw, to przypadki tego typu mają z reguły znaczny wydźwięk medialny i społeczny. Sprawy dotyczące nietrzeźwości personelu medycznego w czasie wykonywania czynności zawodowych w analizowanym materiale nie stanowiły licznej grupy, lecz z uwagi na wagę problemu konieczne było wyodrębnienie tego rodzaju przypadków jako osobnej kategorii. Opiniowanie sądowo-lekarskie w tego typu sprawach polega na merytorycznej ocenie prawidłowości postępowania personelu medycznego, wpływu nietrzeźwości na wykonywanie czynności medycznych oraz na skutek prawny postępowania nietrzeźwej osoby (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, śmierć pacjenta). Nawet w przypadku prawidłowego postępowania nietrzeźwego lekarza lub innego przedstawiciela zawodu medycznego należy zbadać czy jego działanie nie wywołało stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chorego. Do okoliczności, które powinni w tego rodzaju sprawach przeanalizować biegli należą: czas trwania stanu nietrzeźwości w czasie pracy, korelacja stanu nietrzeźwości ze stopniem zaburzeń psychofizycznych oraz ocena bezpośredniości narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia [51] [61]. Niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które wynika wyłącznie z faktu wykonywania zawodu lekarza w stanie nietrzeźwości ma co do zasady charakter abstrakcyjny, a nie konkretny. W niektórych przypadkach jednakże, uwzględniając stopień upojenia alkoholowego lekarza lub przedstawiciela innego zawodu medycznego i rodzaj wykonanych procedur medycznych (np. inwazyjnych, zabiegowych) może wystąpić stan bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Jeśli więc podczas wykonywania zawodu medycznego przez osobę w stanie nietrzeźwości żaden pacjent nie znajdzie się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, nie zachodzi odpowiedzialność z art. 160 KK, lecz co najwyżej może dojść do odpowiedzialności za wykroczenie z art. 70 § 2 KW [15]. W opiniach z powyższej kategorii jedynie w dwóch przypadkach stwierdzono narażenie pacjentów na niebezpieczeństwo (lekarz stomatolog wykonujący ekstrakcję zęba i anestezjolog znieczulający ogólnie pacjenta), w pozostałych opiniach do narażenia pacjentów nie doszło. Opiniowanie biegłych było więc zgodne z przytoczonymi zasadami oceny postępowania personelu

medycznego wykonującego czynności zawodowe w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Kategoria „nietypowych urazów” zawierająca 43 opinie stanowiła bardzo niejednorodny zbiór przypadków. Każdy tego rodzaju „nietypowy uraz” musiał być przez biegłych analizowany indywidualnie, a dominujące znaczenie dla wnioskowania o narażeniu na niebezpieczeństwo miał stopień ciężkości obrażeń pokrzywdzonych. Część z tego rodzaju zdarzeń stwarzała rzeczywiste zagrożenie dla zdrowia i życia (np. urazy głowy spowodowane uderzeniem oderwanych fragmentów elewacji budynku, porażenia prądem, upadki do niezabezpieczonych studzienek kanalizacyjnych, zawiązanie pętli wokół szyi dziecka podczas zabawy, przygniecenie rurą do transportu gruzu osoby postronnej na ulicy, itp.). Opiniowanie o narażeniu w tego rodzaju przypadkach nie różni się merytorycznie od opiniowania w przypadkach uszkodzenia ciała, w których również najistotniejsze są stopień ciężkości obrażeń i mechanizm ich powstania (okoliczności zdarzenia).

Sprawy „pozostałe” z kategorii „inne” zostały wymienione kazuistycznie, gdyż z uwagi na ich różnorodność nie było możliwe pogrupowanie w jakikolwiek sposób tego rodzaju opinii. Niektóre przypadki w ogóle nie powinny podlegać opiniowaniu przez biegłego lekarza specjalistę medycyny sądowej, gdyż sam organ zlecający mógłby ocenić stan narażenia (np. usiłowanie zepchnięcia pokrzywdzonego z dachu, ewakuacja 50 osób z pływalni, ujawnienie odpadów medycznych w kontenerach do odpadów komunalnych, itp.), inne miały charakter bardziej skomplikowany (np. przypadki głodówki u osadzonych w zakładach karnych, wykonywanie zabiegu nielegalnego przerwania ciąży bez udziału anestezjologa przy znieczuleniu dożylnym krótkotrwałym, itd.). W każdej z 20 spraw z kategorii „pozostałe” konieczna była przede wszystkim ocena stopnia bezpośredniości niebezpieczeństwa osób pokrzywdzonych w nietypowych okolicznościach zdarzenia. Dyskusyjne pozostaje czy biegli w ogóle powinni wydawać opinie w sprawach nie wymagających udziału biegłego z zakresu medycyny sądowej.

Oprócz wniosków płynących z analizy statystycznej opinii wydanych w sprawie narażenia na niebezpieczeństwo konieczne jest omówienie kilku uwag do opiniowania w tym zakresie sformułowanych przez autora w toku przeprowadzonej analizy.

Problemy dla biegłego wydającego opinie w sprawach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może stanowić nieprecyzyjnie zadane pytanie przez organ procesowy. Szczegółowe określenie zakresu pytań do biegłych wydających opinie z jednej strony ukierunkowuje biegłych, ma jednak też pewną

istotną wadę, gdyż w pewien sposób ogranicza biegłych. Zbyt szczegółowe zakreszenie tezy dowodowej przez organ procesowy może pozbawić biegłych formalnej możliwości poinformowania organu zlecającego o innych istotnych kwestiach medycznych [12]. Pomimo upływu lat, zmian kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego oraz reform wymiaru sprawiedliwości niezmiennie od lat biegli powoływani przez organy procesowe w sprawach dotyczących błędów medycznych otrzymują zbliżone w swych sformułowaniach pytania (np. „*czy działanie lekarza było zgodne z wymogami aktualnej wiedzy medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki*”) [62]. Pomimo tego w niektórych przypadkach zleceniodawcy opinii zbyt komplikują pytania lub zadają je zbyt ogólnie. Postawienie pytań wadliwych, zbyt skomplikowanych czy zbyt ogólnych może czasem powodować swoistą „pułapkę opiniodawczą” dla biegłego, któremu nie wolno wykroczyć we wnioskach opinii poza tezę dowodową organu procesowego, nawet gdyby biegły ten uważał za konieczne przekazanie organowi prowadzącemu postępowania jakichś dodatkowych informacji medycznych, o które organ ten nie pytał. W badanym materiale autor nie stwierdził przypadków wykraczania biegłych poza tezy dowodowe, znacznie bardziej niepokojącym zjawiskiem było nieudzielanie odpowiedzi na pytania dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo.

Zespół gdański zaproponował na łamach czasopisma prawniczego przykładowe pytania dla biegłych, które byłyby zrozumiałe zarówno dla biegłego lekarza, jak i dla organu procesowego, np.: „*czy stwierdzone nieprawidłowości postępowania lekarskiego narażyły pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu?*” lub „*czy w przebiegu przedmiotowego zdarzenia nastąpiło narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienie skutku określonego w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1 KK?*” [57]. Tak sformułowane pytania nie powinny sprawiać trudności biegłemu lekarzowi. Inna jest natomiast sytuacja, gdy organ zlecający opinię zadaje pytania nieprawidłowe z punktu widzenia prawa karnego, tj. niezgodne z brzmieniem i wykładnią danego artykułu kodeksu karnego. Przykładami takich wadliwych pytań są: „*czy doznane obrażenia narażały pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu?*” (nagminny błąd powielany od wielu lat przez Policję, ale również, co zaskakujące przez prokuratorów), „*czy działanie sprawcy zagrażało bezpośrednio utracie życia lub zdrowia w rozumieniu art. 160 § 1 KK?*”, „*czy doznane przez pokrzywdzonego obrażenia mogły bezpośrednio zagrażać jego życiu w rozumieniu art. 160 § 1 KK?*”, „*czy doznane obrażenia wyczerpują znamiona z art. 160 § 1 KK?*”, „*czy obrażenia te spowodowały bezpośrednie zagrożenie utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu?*”, „*czy uszczerbek*

na zdrowiu, którego doznała pokrzywdzona, umożliwia przyjęcie kwalifikacji prawej określonej w art. 160 § 1 KK”, „*czy działanie sprawców polegające na skrupowaniu i zaklejeniu taśmą ust bezpośrednio zagrażało życiu pokrzywdzonych*”, „*czy działania lekarzy noszą znamiona przestępstwa określonego w art. 160 § 1 i 2 KK*”, „*czy istniało bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia pokrzywdzonego*”, „*czy doznany przez pokrzywdzonego uraz realnie zagrażał jego życiu*”, „*czy pokrzywdzona była narażona na utratę życia lub zdrowia*”. Powyżej zacytowano tylko wybrane przykłady wadliwie sformułowanych pytań dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo. Jedynie doświadczenie biegłego w opiniowaniu może sprawić, że biegły na wadliwie zadane pytanie udzieli prawidłowej odpowiedzi. Biegły powinien w formułowanych wnioskach posługiwać się kodeksowymi zapisami, a nie tworzyć, jak niektórzy zleceńodawcy „własnych konstrukcji prawnych”. O ile lekarze specjaliści medycyny sądowej nie mieli problemów z formułowaniem prawidłowych pod względem kodeksowym odpowiedzi, to w niektórych przypadkach lekarze klinicznych specjalności medycznych opiniujący w sprawach błędów medycznych zbyt dowolnie interpretowali pojęcie narażenia i bezpośredniości niebezpieczeństwa. Medyk sądowy, będący członkiem zespołu opiniującego, powinien dbać o formalną stronę wniosków i zgodność użytych sformułowań z zapisem kodeksowym, co nie w każdym analizowanym przypadku miało miejsce.

Doświadczenia własne autora, wydającego zespołowe opinie sądowo-lekarskie w sprawach dotyczących błędów medycznych, wskazują, że nawet jeśli roszczenia pacjenta lub jego rodziny wydają od początku nieuzasadnione, nie stanowi to przeszkody w prowadzeniu długotrwałych postępowań karnych. Tylko rzetelna opinia zespołu biegłych lekarzy wskazujących na brak znamion błędu medycznego może być podstawą do umorzenia postępowania karnego [63] [64]. Jednym z częstszych błędów popełnianych w opiniach sądowo-lekarskich podczas oceny postępowania personelu medycznego jest dokonywanie tego rodzaju oceny z perspektywy *ex post*, zamiast *ex ante*. Przyczynami tego rodzaju postępowania jest m.in. dokonywanie oceny w oparciu o całość materiału dowodowego (np. w oparciu o wynik sekcji zwłok), przy użyciu wytycznych i standardów medycznych sformułowanych w okresie po zdarzeniu będącym przedmiotem opiniowania [45] [51] [65]. W analizowanych opiniach autor nie stwierdził przypadków, by biegli popełnili błąd opiniowania w sprawie oceny postępowania personelu medycznego z punktu widzenia *ex post*. W tym przypadku specjaliści medycyny sądowej wchodzący w skład zespołów opiniujących dbali o przestrzeganie tej reguły przez biegłych z klinicznych dziedzin medycyny, dzięki temu podstawowe reguły opiniowania sądowo-lekarskiego były zachowane w tym zakresie. Aby

uniknąć niebezpieczeństwa opiniowania z perspektywy *ex post* biegły, sporządzający opinię w sprawie, powinien przeprowadzić rozumowanie czy alternatywne prawidłowe postępowanie lekarza nie spowodowałoby podobnych następstw dla chorego [66].

Trudności biegłym może również sprawiać ocena sytuacji, w których stan chorobowy lub pourazowy sam przez się stanowił zagrożenie życia w takim stopniu, że nawet przy prawidłowym postępowaniu lekarskim mogło dojść do zejścia śmiertelnego, a nieprawidłowe postępowanie lekarskie zmniejszało szansę na przeżycie. W takich przypadkach uzasadnione jest sformułowanie wniosków, że postępowanie lekarza spełniało kryteria narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [67] [68]. Okoliczności tej mogą nie rozumieć niektórzy biegli z klinicznych dziedzin medycyny, dla których pojęcie narażenia na niebezpieczeństwo może być typowo abstrakcyjne, a ich rozumowanie można byłoby podsumować następująco: „jak można narazić kogoś na niebezpieczeństwo utraty życia, jeśli osoba ta znajdowała się w stanie zagrożenia życia”. W analizowanych opiniach biegli, nad którymi znajdujący się w zespole medyk sądowy nie pełnił dostatecznego nadzoru merytorycznego, w niektórych przypadkach starali się „przekonać” organ procesowy, że nie można już było „bardziej narazić pacjenta na niebezpieczeństwo” z powodu rozwiniętego stanu zagrożenia życia. W niektórych przypadkach tego rodzaju tezy są zasadne, lecz należy bardzo ostrożnie posługiwać się podobnymi sformułowaniami, by osoba odpowiedzialna nie uniknęła odpowiedzialności karnej z art. 160 KK. Należy ponownie podkreślić, że biegły lekarz w procesie myślowym, jakim jest opiniowanie, korzysta nie tylko z posiadanej wiedzy medycznej, ale powinien działać zgodnie z określonymi zasadami prawnymi, których znajomość powinna być dla niego obligatoryjna [69] [70].

Pomijając problematykę błędów medycznych, które w środowisku medycznym budzą duże emocje, należy poczynić kilka generalnych uwag odnośnie opiniowania o narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Konopka i Skupień proponują, by biegły podejmował się opiniowania w sprawach dotyczących narażenia tylko w przypadkach, gdy to wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia niebezpieczeństwa nie budzi wątpliwości. Zgodnie z tym stanowiskiem w pozostałych przypadkach, a zatem zarówno w tych, w których prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych następstw zdrowotnych jest niewielkie, jak i w tych sprawach, w których nie jest możliwe dokładniejsze określenie stopnia tego prawdopodobieństwa, należy zająć stanowisko o braku dostatecznej pewności wymaganej w opiniowaniu karnym, że rozpatrywane działanie

narażało na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu [71]. Z poglądem tym można generalnie się zgodzić, choć opieranie się jedynie na prawdopodobieństwie zaistnienia narażenia może być w niektórych przypadkach zawodne, gdyż nie ma wystarczająco dobrych narzędzi w naukach medycznych do określania tego rodzaju prawdopodobieństwa w każdym przypadku (nie tylko błędu medycznego).

Zdaniem autora kluczowym elementem opiniowania w sprawach o narażenie jest dążenie do obiektywizacji narażenia na niebezpieczeństwo w oparciu o analizę materiału dowodowego zawartego w aktach sprawy. Teresiński i Mądro zaproponowali kwantyfikację narażenia dóbr chronionych, która może być pomocna w próbie obiektywizacji narażenia na niebezpieczeństwo, opartą na następujących przesłankach: 1) sposobie działania sprawcy (przeniesienie ofiary z sytuacji bezpiecznej do stanu niebezpieczeństwa); 2) warunkach zewnętrznych; 3) dawce szkodliwego czynnika chemicznego (względnie czasu ekspozycji i stężenia trucizny lotnej w powietrzu oddechowym); 4) właściwości szkodliwego czynnika biologicznego i sposobu kontaktu z osobą zarażoną lub innym źródłem zakażenia [72]. Uwzględnienie powyższych danych w opiniowaniu z całą pewnością będzie pomocne dla biegłego do obiektywizacji narażenia na niebezpieczeństwo i tym samym wydania obiektywnej i rzetelnej opinii w tym zakresie.

W podsumowaniu dyskusji należy przytoczyć za T. Jurkiem najważniejsze wnioski dotyczące opiniowania biegłego lekarza w sprawach narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Opinia biegłego lekarza w wielu przypadkach jest niezbędna do ustalenia przez organ procesowy czy w wyniku określonego działania lub zaniechania doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ryzyko zbytniej subiektywnej oceny narażenia na niebezpieczeństwa przez biegłego (ryzyko to obejmuje również rozumowanie organu procesowego) powoduje kontrowersje i wątpliwości, również w środowisku medyków sądowych, które powinno być z tą problematyką doskonale obeznane. Stan ten będzie się utrzymywał w dalszym ciągu, gdyż nie ma możliwości wyznaczenia kategorycznych i jednoznacznych kryteriów narażenia na niebezpieczeństwo. Można natomiast scharakteryzować tego rodzaju kryteria na potrzeby opiniowania sądowo-lekarskiego, lecz w każdym przypadku niezbędna jest wiedza biegłego w zakresie wykładni prawnej pojęcia narażenia [73]. Jedynie w przebiegu szkolenia specjalizacyjnego z medycyny sądowej lekarz poznaje specyfikę i doktrynę pojęcia narażenia na niebezpieczeństwo, lekarze klinicyści, którzy w wielu przypadkach opiniują samodzielnie w sprawach karnych (zwłaszcza w sprawach

błędów medycznych) taką wiedzę mogą co najwyżej zdobyć samodzielnie, a jeśli tego nie zrobią, będą posługiwać się w opiniach pojęciem całkowicie dla nich abstrakcyjnym.

Warunkiem koniecznym do wskazania w opinii, że w analizowanym przypadku doszło do narażenia na niebezpieczeństwo, jest bezpośredniość zagrożenia. Odnosić to należy zarówno do możliwości utraty życia, jak i wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Bezpośredniość tą można jedynie ocenić w oparciu o wysokie prawdopodobieństwo zaistnienia skutku biologicznego w danej sytuacji (np. obrażeń ciała, pogorszenia się stanu pacjenta). Ocena stanu faktycznego wynikającego z analizy materiału dowodowego jest nieodzownym narzędziem w ocenie prawdopodobieństwa wystąpienia określonego skutku biologicznego. Można również posłużyć się pojęciem „przyczynowości”, zgodnie z którym hipotetyczne skutki biologiczne powinny stać się następnym ogniwem w ciągu analizowanych zdarzeń. Ocena bezpośredniości w oparciu o prawdopodobieństwo wydaje się lepszą metodą z punktu widzenia biegłego lekarza. Biegły posługując się wymienionymi narzędziami w swym rozumowaniu powinien podczas sporządzania opinii wykonać następujące czynności:

- określić rodzaj niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia w kontekście określonego działania lub zaniechania sprawcy,
- dokonać weryfikacji o oceny bezpośredniości narażenia na niebezpieczeństwo,
- ustalić formę narażenia na niebezpieczeństwo,
- w razie konieczności wskazać pożądane alternatywne działanie, które odwracałoby hipotetycznie bieg analizowanego zdarzenia [73].

Przeprowadzenie powyższego rozumowania w każdej sprawie dotyczącej narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pozwoli biegłemu na wydanie rzetelnej, obiektywnej, zgodnej z doktryną nauk prawnych i wiedzą medyczną opinii, która będzie wartościowym dowodem dla organu procesowego.

6. Wnioski

1. Przeprowadzona analiza statystyczna opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wykazała:
 - a) coroczny wzrost liczby wydanych opinii, co spowodowane było zwiększaniem się ilości opinii w sprawach uszkodzenia ciała oraz błędów medycznych;
 - b) najliczniejszą grupę opinii stanowiły sprawy dotyczące uszkodzenia ciała i w tej grupie obserwowano największy średni roczny wzrost ilości opinii;
 - c) organem procesowym, dla którego wydanych zostało najwięcej opinii była Policja;
 - d) reformy wymiaru sprawiedliwości i zmiany w kodeksie karnym oraz kodeksie postępowania karnego nie wpływały istotnie na coroczną ilość opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo;
 - e) utworzenie w prokuraturach wydzielonych jednostek prowadzących sprawy błędów medycznych było jedną z przyczyn wzrostu ilości opinii w tym zakresie w latach 2017 i 2018;
 - f) ponad 93% opinii wydanych zostało na etapie postępowania przygotowawczego;
 - g) spośród opinii wydanych dla prokuratury większość stanowiły sprawy dotyczące błędów medycznych;
 - h) aktywność prokuratury w prowadzeniu postępowań dotyczących oceny postępowania personelu medycznego wraz ze wzrostem roszczeniowości pacjentów i ich rodzin będzie przyczyną utrzymywania się trendu wzrostowego ilości postępowań w sprawach błędów medycznych w kolejnych latach.
2. Analiza merytoryczna treści opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo wykazała:
 - a) biegli z upływem lat modyfikowali zasady opiniowania i starali się w większym stopniu obiektywizować wnioski opinii w zakresie potwierdzenia lub wykluczenia narażenia na niebezpieczeństwo;
 - b) w opiniach dotyczących błędów medycznych w większości przypadków biegli nie stwierdzili przesłanek narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo;
 - c) w 14,1% przypadków opinii w sprawach błędów medycznych biegli nie udzieli odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, co może być przyczyną uznania opinii za niepełną lub niejasną;

- d) liczba spraw dotyczących zatruc ksenobiotykami, zwiększała się średnio co rok o ponad 10%, a opinie tego rodzaju stanowią nowe wyzwanie dla medyków sądowych i toksykologów sądowych.
3. Stwierdzono dodatnią korelację między liczbą wydanych w KiZMS opinii a liczbą przestępstw narażenia na niebezpieczeństwo w Polsce. W analizowanym materiale wyraźnie zauważalna była tendencja organów procesowych z terenu Wielkopolski do stosowania kumulatywnej kwalifikacji karnej przestępstw uszkodzenia ciała z art. 160 § 1 KK, co może skutkować w wielu przypadkach surowszymi wyrokami orzekanymi przez sądy.
4. Analiza treści wydanych opinii pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków istotnych z punktu widzenia biegłego lekarza:
- a) nieprecyzyjne lub niezgodne z kodeksowym zapisem formułowanie pytań do biegłych przez organy procesowe stanowi od lat problem opiniodawczy, który doświadczony biegły, znający podstawy prawa karnego, powinien rozwiązać, korygując w prawidłowej odpowiedzi wadliwie brzmiące pytanie;
 - b) jednym z częstszych błędów popełnianych podczas analizy postępowania personelu medycznego jest dokonywanie tego rodzaju oceny z perspektywy *ex post*, zamiast *ex ante* – w analizowanych opiniach nie stwierdzono przypadków, by biegli popełnili tego rodzaju błąd opiniodawczy;
 - c) kluczowym aspektem opiniowania w sprawach o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest dążenie do obiektywizacji narażenia w oparciu o analizę materiału dowodowego zawartego w aktach sprawy;
 - d) bezpośredniość narażenia na niebezpieczeństwo należy oceniać w oparciu o wysokie prawdopodobieństwo zaistnienia skutku biologicznego w danej sytuacji;
 - e) biegły podczas sporządzania opinii dotyczącej narażenia na niebezpieczeństwo powinien określić rodzaj niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia, dokonać weryfikacji i oceny bezpośredniości narażenia, ustalić formę narażenia na niebezpieczeństwo oraz w razie konieczności wskazać pożądane alternatywne działanie, które odwracałoby hipotetycznie bieg analizowanego zdarzenia.

7. Streszczenie

Słowa kluczowe: opinia sądowo-lekarska, narażenie na niebezpieczeństwo, uszkodzenie ciała, błędy medyczne, bójka, pobicie.

Opiniowanie w sprawach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sprawia wiele trudności biegłym lekarzom, zarówno w przypadkach dotyczących błędów medycznych, jak i innych przestępstw przeciwko zdrowiu i życiu.

Celem pracy była analiza statystyczna i merytoryczna opinii wydanych w sprawach karnych o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zmierzająca do zbadania skali problemu w opiniowaniu sądowo-lekarskim oraz zaproponowania ujednolicenia zasad opiniowania o narażeniu. Dokonano również porównania wyników statystycznych ze wskaźnikami przestępczości przeciwko zdrowiu i życiu uzyskanymi z baz danych Policji i Ministerstwa Sprawiedliwości.

Materiałem badawczym były opinie wydane w latach 2004 – 2018 w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Spośród 27296 opinii sądowo-lekarskich zostało wyselekcjonowanych 3516 opinii (12,9%) wydanych w sprawach karnych, w których w tezie dowodowej postanowienia o powołaniu biegłych zawierało pytanie o narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W badanym okresie liczba wydanych opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo zwiększała się średnio co rok o 14,5%, co spowodowane było wzrostem ilości opinii w sprawach o uszkodzenie ciała oraz błędów medycznych. Analiza wykazała dodatnią korelację między liczbą postępowań wszczętych przez Policję w sprawach o przestępstwo narażenia a liczbą opinii wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.

Najliczniejszym zbiorem przypadków, w których opiniowano o narażeniu człowieka na niebezpieczeństwo były sprawy dotyczące uszkodzenia ciała (38,2%), błędy medyczne stanowiły 25,5% opinii, 16,7% opinii wydano w sprawach bójki lub pobicia, 7,7% przypadków dotyczyło wypadków przy pracy, 4,1% spraw opieki nad osobą narażoną oraz 7,8% opinii zaliczono kategorii spraw „innych”. Zmiany systemowe wymiaru sprawiedliwości nie wpłynęły na ilość opinii dotyczących narażenia na niebezpieczeństwo, poza wzrostem liczby spraw błędów medycznych w latach 2017 – 2018.

Organem procesowym, dla którego wydanych zostało najwięcej opinii dotyczących narażenia była Policja (52,3% przypadków). Liczba opinii wydanych dla Policji zwiększała się co rok średnio o 22,5%. Drugim zleceniodawcą pod względem liczby wydanych opinii była prokuratura (41%), a liczba opinii na zlecenie prokuratury w kolejnych latach zwiększała się średnio co rok o 13,2%. W badanym materiale 93% opinii wydanych zostało na etapie postępowania przygotowawczego, a opinie sporządzone w postępowaniu sądowym stanowiły niewielki odsetek (6,2%).

W przypadku opinii sporządzonych dla Policji najliczniejszą grupę stanowiły sprawy dotyczące uszkodzenia ciała (47,2%) oraz bójki lub pobicia (24,5%). Bardzo niewielki odsetek dotyczył opinii w sprawach błędów medycznych (jedynie 4,6% przypadków). Spośród opinii sporządzonych dla prokuratury 54,5% stanowiły sprawy dotyczące błędów medycznych, podczas gdy opinie w sprawach o uszkodzenie ciała jedynie 22,8%, a dotyczące bójki lub pobicia tylko 7,1%.

W sprawach uszkodzenia ciała na uwagę zasługuje największy, spośród wszystkich badanych grup, wzrost ilości opinii, których liczba zwiększała się średnio co rok o 19,8%. Analiza treści opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała wykazała, że biegli z upływem lat modyfikowali zasady opiniowania i starali się w większym stopniu obiektywizować wnioski opinii w zakresie narażenia na niebezpieczeństwo.

Do trzech najliczniejszych specjalizacji lekarskich, których dotyczyły opinie w sprawach błędów medycznych, należały: ginekologia i położnictwo (22,8%), medycyna ratunkowa oraz anestezjologia i intensywna terapia (19,2%), chirurgia i ortopedia (19%), a największy coroczny wzrost ilości opinii obserwowano w przypadku spraw kardiologicznych i kardiochirurgicznych (średnio co rok o 9%) oraz spraw neurologicznych i neurochirurgicznych (średnio co rok o 8,7%).

W opiniach dotyczących błędów medycznych w większości przypadków (66,6%) biegli nie stwierdzili narażenia pacjentów na niebezpieczeństwo, co wskazywało na brak popełnienia błędu medycznego. Natomiast w 14,1% opinii w sprawach błędów medycznych biegli nie udzieli odpowiedzi na pytanie dotyczące narażenia, co mogło być przyczyną uznania opinii za niepełną lub niejasną.

Opinie dotyczące narażenia w sprawach wypadków przy pracy stanowiły 7,7% analizowanego materiału, a najliczniejszą grupą wypadków były urazy mechaniczne (38,8%), a drugą pod względem liczebności grupę stanowiły upadki z wysokości (31%). W

analizowanym materiale w 74,9% opinii biegli stwierdzili wystąpienie stanu narażenia pracownika na niebezpieczeństwo, a jedynie w 16,6% przypadków do narażenia nie doszło.

Opinie dotyczące narażenia na niebezpieczeństwo w sprawach opieki nad osobą narażoną stanowiły 4,1% spraw, z punktu widzenia oddziaływania społecznego szczególnie istotna była grupa przypadków sprawowania opieki nad dziećmi przez opiekunów w stanie nietrzeźwości (26,6% spraw).

Spośród opinii z kategorii „innych” najliczniejszą grupę stanowiły przypadki zatrucia ksenobiotykami (32% spraw). Ta grupa opinii odnotowała największy wzrost ilości przypadków – średnio co rok o 10,6%. Opinie tego rodzaju stanowią nowe wyzwanie dla medyków sądowych i toksykologów sądowych.

Problem dla biegłego wydającego opinie w sprawach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może stanowić nieprecyzyjnie zadane pytanie przez organ procesowy. Biegły powinien rozwiązać ten problem, korygując w prawidłowej odpowiedzi wadliwie brzmiące pytanie.

Kluczowym aspektem opiniowania w sprawach o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest dążenie do obiektywizacji narażenia w oparciu o analizę materiału dowodowego zawartego w aktach sprawy. Bezpośredniość narażenia na niebezpieczeństwo należy oceniać w oparciu o wysokie prawdopodobieństwo zaistnienia skutku biologicznego w danej sytuacji.

8. Summary

Medico-legal aspects of opinions regarding exposure to the immediate danger of loss of life or serious damage to health based on analysis of the opinions issued in the Chair and Department of Forensic Medicine at the Poznań Karol Marcinkowski University of Medical Sciences.

Keywords: forensic medical opinion, exposure to danger, bodily injury, medical errors, fight, battery

Providing opinions on exposure to immediate danger of loss of life or serious damage to health causes many difficulties for expert doctors, both in cases involving medical errors and other crimes against health and life.

The aim of the study was a statistical and substantive analysis of opinions issued in criminal cases regarding exposure to the immediate danger of loss of life or serious damage to health, aimed at examining the scale of the problem in forensic medical opinions and proposing unification of the rules for assessing exposure. The statistical results were also compared with the rates of crime against health and life obtained from the databases of the Police and the Ministry of Justice.

The research material was the opinions issued in the years 2004 - 2018 at the Chair and Department of Forensic Medicine at the Poznań Karol Marcinkowski University of Medical Sciences (PUMS). Out of 27,296 forensic-medical opinions, 3,516 (12.9%) were selected in criminal cases, in which the evidence thesis of the decision on the appointment of court experts included the question of exposing a person to the immediate risk of loss of life or serious damage to health. In the analysed period, the number of opinions issued on exposure to danger increased on average every year by 14.5%, which was caused by an increase in the number of opinions in cases of personal injury and medical errors. The analysis showed a positive correlation between the number of proceedings instituted by the Police in cases concerning the crime of exposure and the number of opinions issued in the Chair and Department of Forensic Medicine at PUMS in the years 2004-2018.

The most numerous set of cases in which opinions on human exposure to danger were given were cases related to bodily harm (38.2%), medical errors constituted 25.5% of opinions, 16.7% of opinions were issued in cases of a fight or a battery, 7.7% of cases related to accidents at work, 4.1% of the cases of caring for an exposed person and 7.8% of opinions were classified as "other" cases. Systemic changes to the judiciary did not affect the number of opinions on

exposure to danger, except for an increase in the number of medical malpractice cases in 2017-2018.

The procedural authority for which the most opinions on exposure were issued was the Police (52.3% of cases). The number of opinions issued to the Police increased by an average of 22.5% every year. The second ordering party in terms of the number of opinions issued was the prosecutor's office (41%), and the number of opinions commissioned by the prosecutor's office in the following years increased on average by 13.2% every year. In the analysed material, 93% of opinions were issued at the stage of preparatory proceedings, and opinions prepared in court proceedings constituted a small percentage (6.2%).

In the case of opinions prepared for the Police, the most numerous group were cases concerning bodily harm (47.2%) and fights or battery (24.5%). A very small percentage concerned opinions on medical errors (only 4.6% of cases). Of the opinions prepared for the prosecutor's office, 54.5% were cases related to medical errors, while opinions related to personal injury cases were only 22.8%, and those concerning a fight or battery only 7.1%.

In the case of bodily injury, the largest increase in the number of opinions, the number of which increased by an average of 19.8% for one year, deserves attention. The analysis of the content of opinions on exposure in the cases of bodily injury showed that over the years the court appointed experts modified the rules of issuing opinions and tried to objectify the conclusions of the opinions in the scope of exposure to danger to a greater extent.

The three most numerous medical specializations covered by opinions on medical errors were: gynaecology and obstetrics (22.8%), emergency medicine and anaesthesiology and intensive care (19.2%), surgery and orthopaedics (19%), and the largest the annual increase in the number of opinions was observed in the case of cardiology and cardio surgery (annually on average by 9%) and neurological and neurosurgical cases (on average annually by 8.7%).

In the opinions on medical errors, in most cases (66.6%), the court appointed experts did not find that patients were exposed to danger, which indicated no medical error. On the other hand, in 14.1% of opinions on medical errors, the court appointed experts did not answer the question regarding exposure, which could have resulted in the opinion being considered incomplete or unclear.

Opinions on exposure in the cases of accidents at work accounted for 7.7% of the analysed material, and the most numerous group of accidents was mechanical injuries (38.8%), and the second largest group was falls from heights (31%). In the analysed material, in 74.9%

of the opinions, the court appointed experts stated that the employee was exposed to danger, and only in 16.6% of the cases the exposure did not occur.

Opinions on exposure to danger in the cases of caring for an exposed person accounted for 4.1% of cases, from the point of view of social impact, the group of cases of taking care of children by intoxicated caregivers was particularly important (26.6% of cases).

Among the opinions from the “other” category, cases of xenobiotic poisoning (32% of cases) constituted the most numerous group. This group of opinions saw the largest increase in the number of cases - on average every year by 10.6%. Opinions of this kind pose a new challenge for forensic physicians and forensic toxicologists.

The problem for a court appointed expert issuing opinions on exposure to immediate danger of loss of life or serious damage to health may be an imprecise question asked by the procedural authority. The court appointed expert should solve this problem by revising the incorrectly sounding question in the correct answer.

The key aspect of issuing opinions in the cases of exposure to immediate danger of loss of life or serious damage to health is to strive to objectify the exposure based on the analysis of the evidence contained in the case files. The immediacy of exposure to a hazard should be assessed based on the high probability of a biological effect occurring in a given situation.

9. Bibliografia

1. Warylewski J. (red.), System prawa karnego. Przepisy przeciwko dobrom indywidualnym. Narażenie życia i zdrowia na niebezpieczeństwo, CH Beck Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2012, Tom 10, s. 265-327.
2. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń, Dz. U. 1971 Nr 12 poz. 114 z późn. zm.
3. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. z dnia Kodeks karny, Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.
4. Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 1963 r., VI KO 54/61, OSNKW 1963, Nr 10, poz. 179.
5. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 09 kwietnia 2001 r., II KKN 430.98 niepubl.
6. Paprzycki L. K. (red.), System Prawa Karnego, Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej, CH Beck Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2016, Tom 4, s. 341-346.
7. Buchała K., Przepisy i wykroczenia przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji drogowej. Komentarz, Bydgoszcz 1997, s. 85.
8. Filar M., Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy), Prawo i Medycyna, 1999, Nr 3, s. 33-45.
9. Walczak A., Świdorski P., Żaba Cz., Żaba Z. Wybrane aspekty medycyny sądowej w ratownictwie medycznym. W: Bezpieczeństwo zdrowotne. Postępy monitorowania, obrazowania stanu zdrowia i środowiska., Wydaw. Nauk. Uniw. im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2019, s. 87-99.
10. Świdorski P., Żaba Cz., Żaba Z., Lorkiewicz-Muszyńska D., Odpowiedzialność karna ratownika medycznego i dyspozytora medycznego w związku z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych. W: Bezpieczne miasto w zagrożeniach środowiskowych. Ochrona ludności i ratownictwo., GARMOND Oficyna Wydaw., Poznań - Inowrocław 2016, s. 281-300.
11. Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 206-214.
12. Kędziora R., Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 191-265.
13. Zieliński P., Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego, Medyczna Wokanda, nr 8, 2016, s. 181-195.

14. Żaba Cz. (red.), Wybrane zagadnienia z medycyny sądowej, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2014, Odpowiedzialność karna i cywilna lekarza, s. 247-249.
15. Sroka T., Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 470-484.
16. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 08 września 1973 r., I KR 116/72, OSNKW 1974 Nr 2, poz. 26.
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2012 r., I UK 235/11, LEX nr 1129324.
18. Jakliński A., Marek Z., Medycyna sądowa dla prawników, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1999, s. 232.
19. Jurek T., Świątek B., Rozstrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część I – ocena poprawności językowej, zakres znaczeniowy, przegląd orzecznictwa Sądów. Arch. Med. Sąd. Krym. 2006, 56, s. 209-215.
20. Jurek T., Świątek B., Rozstrój zdrowia – próba interpretacji pojęcia. Część II – problemy opiniodawcze. Arch. Med. Sąd. Krym. 2006, 56, s. 216-222.
21. Jurek T., Opiniowanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko zdrowiu, Wolters Kluwer, Warszawa, 2010, s. 57-80.
22. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.
23. Grześkowiak A., Wiak K., Kodeks karny – komentarz, Wydawnictwa C.H. Beck Warszawa 2012, s. 788-793, 795-798, 1015-1017.
24. Marcinkowski T., Medycyna sądowa dla prawników, Warszawa 1975, s. 57.
25. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 29 czerwca 2010 r., Aka 69/10, KZS 2010, Nr 9, poz. 28.
26. Nowosad A., Bójka i pobicie, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 43-110, 147-192.
27. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 grudnia 2001, V KKN 336/00, LEX nr 51624.
28. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 1976 r., Rw 20/76, OSNKW 1976, nr 6, poz. 82.
29. Zoll A. (red.) Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz t. 2, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 294-304, 329-335, 338-343, 694-700.
30. Sońta C., Broń palna – główne problemy wykładni przepisów kodeksu karnego, Prok. i Pr. 2004, nr 5, s. 22.
31. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2003 r., I KZP 13/03, OSNKW 2003, nr 7 – 8, poz. 69.

32. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, LEX nr 50985.
33. Kubicki L. (red.) Prawo medyczne, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 161-165.
34. Zatyka E., Lekarski obowiązek udzielenia pomocy, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 33-57.
35. Żaba Cz., Żaba Z., Orłowski M., Klimberg A., Świdorski P., Prawno-medyczne problemy udzielania pierwszej pomocy. Arch. Med. Sąd. Krym., 2007, 57, 128-133.
36. Żaba Cz., Świdorski P., Żaba Z., Marcinkowski J. T., Podlewski R., Aspekty prawno-medyczne udzielania pierwszej pomocy ofiarom wypadków drogowych, Orzecz. Lek. 2011: T. 8, nr 2, s. 94-99.
37. Marek A., Kodeks karny – komentarz, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 399-405, 492-493.
38. Wojciechowski J., Kodeks karny – komentarz, orzecznictwo, Warszawa 1998, s. 284-288, 291-293.
39. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych Dz. U. 2002 Nr 199 poz. 1673 z późn. zm.
40. Marek Z., Kłys M., Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2001, s. 160.
41. Marek Z., Błąd medyczny, Wydawnictwo medyczne, Kraków 2007, s. 107-135.
42. Mazur P., Obowiązek podjęcia funkcji biegłego przez lekarza w polskim procesie karnym, Medyczna Wokanda, nr 10, 2018, s. 37-44.
43. Dierżanowska J., Studzińska J., Biegli w postępowaniu sądowym cywilnym i karnym. Praktyczne omówienie regulacji z orzecznictwem. Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 39-48, 356-380.
44. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2012 r., I UK 235/11, LEX nr 1129324.
45. Malicki A., Malicka-Ochtera A., Z problematyki opinii sądowo-lekarskich w procesach medycznych, Medyczna Wokanda nr 14, 2020, s. 23-37.
46. Ustawa z dnia z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz. U. 1997 Nr 89 poz. 555 z późn. zm.
47. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 sierpnia 1978 r., Rw 286/78, OSNKW 1978, nr 10, poz. 122.
48. Kała M., Wilk D., Wójcikiewicz J. (red.) Ekspertyza sądowa. Zagadnienia wybrane, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 29-34.

49. Timofiejuk I., Metoda r⁻. Teoria i tablice. Wyd. Fundacja Naukowa Taylora. Warszawa, 1993.
50. Waltoś S., Proces karny. Zarys systemu, Warszawa 2016, s. 154.
51. Konopka T., Teresiński G., Jurek T., Opiniowanie lekarskie w sprawach o narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w świetle spostrzeżeń z Konferencji Naukowej Kraków 11-12 września 2008, Arch. Med. Sąd. Krym., 2008, 57, s. 228-232.
52. Kis-Wojciechowska M., Błędy i niepowodzenia w specjalności położniczo-ginekologicznej w oparciu o analizę akt organów procesowych. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2009.
53. Jurek T., Maksymowicz K., Opiniowanie sądowo-lekarskie a ustalenie „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu”, Arch. Med. Krym., 2005, 55, s. 66-73.
54. Baj. A., Cele postępowania przygotowawczego, Prokuratura i Prawo 12, 2016, s. 63-74.
55. Gurgul J.: O wadliwości opinii biegłego w procesie karnym. Prokuratura i Prawo. 2016, 4, s. 79–102
56. Kunz J., Błąd w opiniach sądowo-lekarskich w sprawach przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, Prawo i Medycyna, 2004, 3, s. 56-71.
57. Raszeja S., Hauser R., Jankowski Z. i wsp., Pytania stawiane medykom sądowym, Prok. i Pr. 2012, nr 5, s. 146–158.
58. Żaba Cz., Wiśniewski T., Teżyk A., Świderski P. Aspekty prawno-organizacyjne i medyczne związane z przypadkiem wycieku chloru z nieszczelnego zbiornika. W: Bezpieczeństwo w środowisku pracy. Postępy medycyny pracy, ratownictwa medycznego i inżynierii bezpieczeństwa pracy. GARMOND Oficyna Wydaw., Poznań 2011, s. 57-68.
59. Świderski P., Żaba Cz., Teżyk A., Wachowiak R., Problem narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu dziecka karmionego naturalnie przez matkę nadużywającą alkoholu w opiniowaniu sądowo-lekarskim., Arch. Med. Sąd., 2011, 61, nr 2, s. 188-195.
60. Żaba Cz., Świderski P., Sommerfeld-Klatta K., Żaba Z., Pluta-Hadas K., Urbaniak M. Suicidal carbon monoxide poisoning using motor vehicle exhaust in an open space. Med. Princ. Pract., 2019: Vol. 28, nr 5, s. 490-492.
61. Jurek T., Świątek B., Drozd R., Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach nietrzeźwości personelu medycznego, Arch. Med. Sąd. Krym., 2009, 59, s. 72-77.

62. Baran E., Przesłanki odpowiedzialności karnej lekarzy w sprawach o błąd lekarski, Arch. Med. Sąd. Krym., 1996, 46, s. 253-259.
63. Pluta-Hadas K., Świdorski P., Urbaniak M., Macioszek N., Pawełek T., Żaba Cz., Trudności diagnostyczne i analiza prawna potencjalnych roszczeń wobec lekarza medycyny pracy na przykładzie nierozpoznanego naczyniakomięsa serca, Medycyna Pracy 2020;71(6), s. 757–764.
64. Świdorski P., Przysańska A., Glapiński M., Lorkiewicz-Muszyńska D., Praktyka medyczno-sądowa: możliwe następstwa prawne ekstrakcji niewłaściwego zęba, Dent. Forum, 2014: Vol. 42, nr 1, s. 71-74.
65. Fiutak A., Prawo medyczne z komentarzem, cz. II, Difin SA, Warszawa 2015, s. 36-37.
66. Wolińska M., Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, Prokuratura i Prawo, 2013, nr 5, s. 19-35.
67. Świątek B., Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego, Prawo i medycyna, 2000, nr 5, s. 45.
68. Jurek T., Świątek B., Rorat M., Drozd R., Prawna i sądowo-lekarska ocena błędów medycznych w położnictwie, Arch. Med. Sąd. Krym., 2011, 61, s. 343-350.
69. Alicja Puch E., Nowak-Jaroszyk M., Swora-Cwynar E., Błąd medyczny w teorii i praktyce – przegląd najważniejszych zagadnień, Med. Pr. 2020; 71(5), s. 613–630
70. Żaba Cz., Żaba Z., Świdorski P., Lorkiewicz-Muszyńska D. Błąd diagnostyczny i organizacyjny w obrażeniach głowy. Arch. Med. Sąd. 2009, 59, s. 259-262.
71. Konopka T., E. Skupień E., Możliwości opiniowania lekarskiego w sprawach o „narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu Arch. Med. Sąd. Krym., 2008, 58, s. 43-48.
72. 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. Krym. 2001, 51, 2, s. 105-118.
73. Jurek. T., Opiniowanie sądowo-lekarskie w przypadkach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2013.

10. Spis tabel

Tabela 1. Liczba spraw zarejestrowanych w KiZMS oraz liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich w latach 2004 – 2018.....	43
Tabela 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	46
Tabela 3. Podział opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	50
Tabela 4. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla poszczególnych organów procesowych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	54
Tabela 5. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych na zlecenie Policji w KiZMS w latach 2004 – 2008, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	57
Tabela 6. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	61
Tabela 7. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	65
Tabela 8. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	69
Tabela 9. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	72
Tabela 10. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń i zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	75

Tabela 11. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia w zależności od kwalifikacji karnej, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	80
Tabela 12. Podział opinii dotyczących na narażenia bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 kk lub w art. w art. 157 § 1 kk w sprawach bójki lub pobicia w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	82
Tabela 13. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 kk lub w art. w art. 157 § 1 kk w zależności od kwalifikacji karnej oraz zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	85
Tabela 14. Podział spraw dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	88
Tabela 15. Zestawienie specjalizacji lekarskich, których biegli lekarze wydawali zespołowe opinie dotyczące narażenia w sprawach błędów medycznych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	91
Tabela 16. Najczęstsze specjalizacje lekarskie biegłych wydających opinie dotyczące narażenia w sprawach błędów medycznych w KiZMS latach 2004 – 2018.....	92
Tabela 17. Podział opinii dotyczących narażenia w sprawach błędów medycznych z uwzględnieniem pokrewnych specjalizacji lekarskich, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	94
Tabela 18. Podział opinii z zakresu ginekologii i położnictwa w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	97
Tabela 19. Podział opinii z zakresu medycyny ratunkowej oraz anestezjologii i intensywnej terapii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	98
Tabela 20. Podział opinii z zakresu chirurgii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	99
Tabela 21. Podział opinii z zakresu neurochirurgii i neurologii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	100
Tabela 22. Podział opinii z zakresu kardiologii i kardiochirurgii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	101

Tabela 23. Podział opinii z zakresu chorób wewnętrznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	102
Tabela 24. Podział opinii z zakresu pediatrii i neonatologii w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	103
Tabela 25. Podział opinii z zakresu pozostałych specjalizacji lekarskich w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	104
Tabela 26. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od urazów doznanych przez pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	106
Tabela 27. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	108
Tabela 28. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	111
Tabela 29. Podział opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	113
Tabela 30. Zestawienie opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach z kategorii „inne” w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	117
Tabela 31. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2004 roku.....	124
Tabela 32. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2005 roku.....	125
Tabela 33. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2006 roku.....	125
Tabela 34. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2007 roku.....	126
Tabela 35. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2008 roku.....	126
Tabela 36. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2009 roku.....	127
Tabela 37. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2010 roku.....	128
Tabela 38. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2011 roku.....	129
Tabela 39. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2012 roku.....	129
Tabela 40. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2013 roku.....	130

Tabela 41. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2014 roku.....	131
Tabela 42. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2015 roku.....	132
Tabela 43. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2016 roku.....	132
Tabela 44. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2017 roku.....	135
Tabela 45. Szczegółowe zestawienie opinii w kategorii „inne” w 2018 roku.....	135
Tabela 46. Liczba postępowań wszczętych przez Policję w sprawach narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i liczba opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	137
Tabela 47. Liczba stwierdzonych przez Policję przestępstw narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i liczba opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	138
Tabela 48. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 160 § 1-3 kk (narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu) i liczba opinii dotyczących narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	139
Tabela 49. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 158 § 1-3 i 159 kk (bójka lub pobicie, bójka lub pobicie z użyciem niebezpiecznego przedmiotu) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawie bójki i pobicia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	140
Tabela 50. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 220 § 1-3 kk (wypadek w pracy) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach wypadków w pracy wydanych w KiZMS w latach 2014 – 2018.....	141
Tabela 51. Przestępstwa bójka lub pobicie w Polsce i liczba opinii sporządzonych w KiZMS na zlecenie Policji, dotyczących narażenia w sprawach bójki lub pobicia w latach 2004 – 2018.....	142
Tabela 52. Przestępstwa bójki lub pobicia w Wielkopolsce i liczba opinii sporządzonych w KiZMS na zlecenie Policji w sprawie bójki lub pobicia w latach 2004 – 2018.....	143
Tabela 53. Przestępstwa uszkodzenia ciała w Polsce i liczba opinii sporządzonych w KiZMS na zlecenie Policji dotyczących narażenia w sprawach o uszkodzenie ciała w latach 2004 – 2018.....	144
Tabela 54. Przestępstwa uszkodzenia ciała w Wielkopolsce i liczba opinii dotyczących narażenia sporządzonych dla Policji w sprawach uszkodzenia ciała w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	145

Tabela 55. Liczba przestępstw stwierdzonych przez Policję z art. 220 § 1-2 kk (wypadki przy pracy) i liczba opinii sporządzonych dla Policji dotyczących narażenia w sprawie wypadków w pracy w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	146
Tabela 56. Liczba postępowań wszczętych przez Policję w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1-3 kk) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 kk wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	147
Tabela 57. Liczba przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 1-3) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 kk wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	148
Tabela 58. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 156 § 1-3 kk i liczba opinii dotyczących uszkodzenia ciała z art. 156 § 1 kk wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	149
Tabela 59. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 1 kk i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1 kk wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	150
Tabela 60. Prawomocne skazania osób dorosłych z oskarżenia publicznego z art. 157 § 2 kk i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 2 kk i 217 § 1 kk w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	151
Tabela 61. Liczba postępowań wszczętych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 – 3 kk) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 kk i 217 § 1 kk w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	152
Tabela 62. Liczba przestępstw stwierdzonych przez Policję w sprawach średniego i lekkiego uszkodzenia ciała (art. 157 § 1 - 3 kk) i liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach uszkodzenia ciała z art. 157 § 1-2 kk i 217 § 1 kk wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	153

11. Spis rycin

Rycina 1. Liczba sporządzonych opinii sądowo-lekarskich oraz spraw odesłanych bez opracowania w latach 2004 – 2018.....	44
Rycina 2. Odsetek sporządzonych opinii sądowo-lekarskich oraz spraw odesłanych bez opracowania w latach 2004 – 2018.....	45
Rycina 3. Liczba opinii sądowo-lekarskich dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	47
Rycina 4. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	48
Rycina 5. Liczba opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	51
Rycina 6. Odsetek opinii w sprawach dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	52
Rycina 7. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla poszczególnych organów procesowych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	55
Rycina 8. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu wydanych dla poszczególnych organów procesowych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	55
Rycina 9. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych na zlecenie Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	58
Rycina 10. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych na zlecenie Policji w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	59
Rycina 11. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	62

Rycina 12. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla prokuratury w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	63
Rycina 13. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	66
Rycina 14. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu sporządzonych dla sądów w KiZMS w latach 2004 – 2018, z uwzględnieniem kwalifikacji karnej spraw.....	66
Rycina 15. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	70
Rycina 16. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach uszkodzenia ciała w zależności od zaistnienia lub braku narażenia wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	70
Rycina 17. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	73
Rycina 18. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z uwzględnieniem kwalifikacji karnej obrażeń pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	74
Rycina 19. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 156 § 1 kk w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	77
Rycina 20. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 1 kk w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	77
Rycina 21. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach o uszkodzenie ciała z art. 157 § 2 kk	

i 217 § 1 kk w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	78
Rycina 22. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach, w których nie stwierdzono obrażeń pokrzywdzonych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	78
Rycina 23. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia w zależności od kwalifikacji karnej, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018	81
Rycina 24. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach bójki lub pobicia w zależności od kwalifikacji karnej, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	81
Rycina 25. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 kk lub w art. w art. 157 § 1 kk w sprawach bójki lub pobicia w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	83
Rycina 26. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo nastąpienia skutku określonego w art. 156 § 1 kk lub w art. w art. 157 § 1 kk w sprawach bójki lub pobicia w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	83
Rycina 27. Liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach z art. 158 § 1 kk – pobicie, w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	86
Rycina 28. Liczba opinii dotyczących narażenia w sprawach z art. 158 § 1 kk – bójka, w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	86
Rycina 29. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	89
Rycina 30. Odsetek dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	89

Rycina 31. Najczęstsze specjalizacje lekarskie biegłych wydających opinie dotyczące narażenia w sprawach dotyczących błędów medycznych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	93
Rycina 32. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych z uwzględnieniem pokrewnych specjalizacji lekarskich zespołów biegłych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	96
Rycina 33. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach błędów medycznych z uwzględnieniem pokrewnych specjalizacji lekarskich zespołów biegłych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	96
Rycina 34. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od urazów doznanych przez pokrzywdzonych, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	107
Rycina 35. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	109
Rycina 36. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach wypadków przy pracy w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	109
Rycina 37. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	112
Rycina 38. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	114
Rycina 39. Odsetek opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach opieki nad osobą narażoną w zależności od zaistnienia lub braku narażenia, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....	114

Rycina 40. Liczba opinii dotyczących narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w sprawach z kategorii „inne” w zależności od rodzaju sprawy, wydanych w KiZMS w latach 2004 – 2018.....**118**

12. Wykaz skrótów

KW – kodeks wykroczeń

KK – kodeks karny

KPK – kodeks postępowania karnego

KiZMS – Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

CO – tlenek węgla