

Odpowiedzialność prawna lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem za konsekwencje spowodowania wypadku przez kierującego, u którego wystąpiły objawy choroby w postaci utraty świadomości

**Legal liability of a doctor issuing a certificate
of no contraindications to driving a vehicle for the consequences
of causing an accident by a driver who has symptoms
of an illness manifesting itself in loss of consciousness**

MICHAŁ TADEUSZ NAJMAN

ORCID: 0000-0001-8207-8458, MICHALNAJMAN0@GMAIL.COM

Citation: Najman, Michał. 2025. Odpowiedzialność prawna lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem za konsekwencje spowodowania wypadku przez kierującego, u którego wystąpiły objawy choroby objawiającej się utratą świadomości. *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne* 23(2): xx–xx. DOI: 10.25167/osap.5974

Abstract: Owning your own vehicle was a symbol of wealth and prestige just a decade ago. Today, motorization is essential for a significant portion of society. It increases quality of life and earning potential. Recognizing the importance of owning a vehicle, the legislature allows people with disorders manifesting as loss of consciousness to drive. The aim of this article is to highlight a loophole in the law, which is the limited ability, or even nonexistent in many cases, to hold a doctor accountable for issuing a certificate stating that driving a vehicle is not contraindicated for a person who caused a car accident following a loss of consciousness while driving. The author asks whether it is possible to hold a doctor legally liable in this situation. The article analyzes the legal consequences of the discussed incident under civil and criminal law for the doctor, whose ruling was used to issue the driver's driving license. The study utilizes dogmatic-legal, analytical (case study analysis), and psychological methods. The study is of significant legal significance in terms of standardizing the application of the

law to physicians who admit drivers with impairments manifesting as loss of consciousness to further stages of the driving license process, and in highlighting discrepancies in the scope of liability. The analysis indicates limited liability for physicians in this situation, thus limiting the ability of injured parties to pursue their rights. The entire study concludes with *de lege ferenda* proposals that could contribute to improving the existing legal framework.

Keywords: driving license, liability, accident, illness, lack of awareness

Abstrakt: Posiadanie własnego środka transportu jeszcze dekadę temu stanowiło symbol zamożności i prestiżu. Współcześnie zmotoryzowanie jest niezbędne do funkcjonowania dla znacznej części społeczeństwa. Zwiększa to komfort życia oraz możliwości zarobkowe. Ustawodawca mając na względzie istotność posiadania własnego pojazdu, zezwala na jego prowadzenie również osobom z zaburzeniami objawiającymi się utratą świadomości. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na lukę w prawie w postaci ograniczonej możliwości, a w wielu przypadkach wręcz jej braku, do pociągnięcia do odpowiedzialności lekarza, który wydał orzeczenie o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdu osobie, która spowodowała wypadek samochodowy w następstwie wystąpienia u niej utraty świadomości w chwili prowadzenia pojazdu. Autor stawia pytanie, czy jest możliwe pociągnięcie do odpowiedzialności prawnej lekarza we wskazanej sytuacji. W artykule przeanalizowano skutki prawne omawianego zdarzenia na gruncie prawa cywilnego i karnego dla lekarza, w uzależnieniu od którego orzeczenia wydane zostało prawo jazdy kierującemu. W pracy wykorzystano metody dogmatyczno-prawną, analityczną (analiza orzecznictwa) oraz psychologiczną. Przeprowadzone badanie ma istotne znaczenie dla nauk prawnych w zakresie ujednolicenia stosowania prawa wobec lekarzy dopuszczających kierowców z zaburzeniami przejawiającymi się utratą świadomości do dalszych etapów postępowania o wydanie prawa jazdy oraz zwrócenia uwagi na rozbieżności co do zakresu wskazanej odpowiedzialności. Przeprowadzona analiza wskazuje na ograniczoną odpowiedzialność lekarza w omawianej sytuacji, a tym samym zawężenie możliwości dochodzenia swoich praw przez poszkodowanych. Całość więczą postulat *de lege ferenda*, które mogłyby przyczynić się do poprawy istniejącego stanu prawnego.

Słowa kluczowe: prawo jazdy, odpowiedzialność, wypadek, choroba, brak świadomości.

1. Uwagi wprowadzające

Zawód lekarza powszechnie kojarzony jest z estymą społeczną oraz poświęceniem dla innych w celu ratowania ich życia i zdrowia. Istnieją instytucje prawne przewidujące udział lekarza w ich realizacji. Przykładem jest wydawanie prawa jazdy (Najman 2024: 221–223). Rola lekarza w postępowaniu o wydanie prawa jazdy została jednak znacząco ograniczona, podobnie jak jego odpowiedzialność w przypadku błędu, na skutek którego kierowca spowoduje wypadek. Jest to szczególnie widoczne w sytuacjach, gdy kierujący pojazdem cierpi na chorobę objawiającą się utratą świadomości, której lekarz nie zdiagnozował podczas badania. Skutki prawne za spowodowanie wypadku przez kierowcę będącego osobą cierpiącą na wskazane zaburzenia, który to wypadek był skutkiem wystąpienia objawów w chwili wypadku, uzależnione są od subiektywnej wykładni

dokonywanej przez organ orzekający. Przy braku świadomości kierującego wyłączony zostaje przecież jego czyn, co wyłącza odpowiedzialność karną z art. 173 i nast. k.k. W przedmiocie odpowiedzialności cywilnej możliwe są z kolei dwie sytuacje – zderzenia z innym pojazdem oraz najechanie na inny pojazd lub uczestnika ruchu (Cyprian 1961: 86). W przypadku tych ostatnich posiadacz pojazdu mechanicznego wprowadzającego w ruch za pomocą sił przyrody odpowiada na zasadzie ryzyka, jednakże odnośnie do zderzenia kierujący odpowiada na zasadzie winy (art. 436 § 2 k.c.). Mając jednak na względzie treść art. 425 § 1 k.c., zgodnie z którym osoba, która z jakichkolwiek powodów znajduje się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli, nie jest odpowiedzialna za szkodę w tym stanie wyrządzoną. Co więcej, wobec osoby naruszającej zasady ruchu drogowego na skutek zaburzeń chorobowych nie można orzec środka zatrzymania prawa jazdy, cofnięcia prawa jazdy, ani też orzeczenia zakazu prowadzenia pojazdów (wyłączenie czynu), chyba że uprawniony lekarz po ponownym przeprowadzeniu badań stwierdzi istnienie przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem (Kuś 2020: 250–252). Powyższe uwidacznia problematyczność określenia odpowiedzialności osoby cierpiącej na wskazane zaburzenia za spowodowanie wypadku. Pokazuje to, jak kluczowy jest ich brak. Powyższe może rodzić uzasadnione wątpliwości co do rzetelności obecnego stanu prawnego oraz powodować poczucie naruszenia zasady sprawiedliwości. Poszkodowani nie tylko nie mogą domagać się pociągnięcia omawianego sprawcy wypadku do odpowiedzialności karnej, lecz również narażeni są na szkody, których naprawienia nie zawsze są władni dochodzić na drodze cywilnej. Warto zatem podjąć się ustalenia skutków prawnych wypadku spowodowanego przez kierowcę na skutek wystąpienia u niego objawów zaburzenia w chwili wypadku również dla lekarza, który wydał orzeczenie umożliwiające wydanie prawa jazdy. Skutki te przeanalizowane zostaną na gruncie prawa cywilnego oraz karnego.

2. Znaczenie badań lekarskich w procesie wydawania prawa jazdy

Badania lekarskie przy wydawaniu prawa jazdy stanowią odrębną część postępowania administracyjnego i nie podlegają kontroli merytorycznej przez organ wydający prawo jazdy (sygn. akt II SA/OI 28/15). W przedmiocie badań stanu psychicznego i neurologicznego uzupełnienie badania poprzez przedłożenie przez badanego dokumentacji medycznej od specjalisty (psychiatry, neurologa lub psychologa) wymagane jest jedynie w poważnych przypadkach (ust. 4 załącznika nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2022 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami

i kierowców, dalej jako: Rozporządzenie¹), w tym obligatoryjnie w przypadku padaczki (ust. 3 załącznika nr 6 do Rozporządzenia).

Posiadanie orzeczenia o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem jest obligatoryjną przesłanką wydania decyzji o wydaniu prawa jazdy. Badania lekarskie w postępowaniu o wydanie prawa jazdy stanowią jego integralną część. Stanowią one gwarant bezpieczeństwa dla uczestników ruchu drogowego. Konstytuują one bowiem, że przyszły kierowca nie cierpi na schorzenia mogące być przyczyną wypadku podczas kierowania pojazdem.

Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (dalej jako: u.k.p.) osoba podlegająca badaniu lekarskiemu jest obowiązana wypełnić oświadczenie, w formie ankiety, dotyczące stanu zdrowia, pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego. Oświadczenie stanowi załącznik nr 1 do Rozporządzenia. Lekarz orzecznik zobowiązany jest do przeprowadzenia czynności weryfikujących złożone oświadczenie oraz stan zdrowia badanego. Fakt, że do dnia badania pacjent nie był konsultowany ze specjalistami, a tym samym nie stwierdzono u niego żadnego schorzenia objętego oświadczeniem, nie oznacza, że nie mając tego świadomości, na nie cierpiał.

3. Odpowiedzialność lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów za skutki spowodowania wypadku przez osobę cierpiącą na zaburzenia objawiające się utratą świadomości w prawie karnym

W sytuacji, gdy kierowcy powodującemu wypadek nie można przypisać odpowiedzialności, rodzi się wątpliwość, czy lekarz uczestniczący w postępowaniu o wydanie prawa jazdy kierowcy może ponosić odpowiedzialność za śmierć lub uszkodzenie ciała lub mienia osoby trzeciej – poszkodowanego w takim wypadku. W literaturze wskazuje się, że w lekarz może odpowiadać zarówno na gruncie prawa karnego, jak i cywilnego, a także w postępowaniu dyscyplinarnym, jeśli jego działanie lub zaniechanie, wynikające z błędu medycznego, doprowadziło do śmierci lub uszkodzenia ciała osoby trzeciej, a nie tylko kierującego (Piech 2020: 150). Wyodrębnić można zatem odpowiedzialność lekarza względem trzech podmiotów: kierującego (pacjenta), osoby trzeciej – poszkodowanego w wypadku oraz wobec potencjalnych poszkodowanych na skutek błędu medycznego.

¹ Ust. 4 stanowi, że w przypadku stwierdzenia, że u osoby badanej występuje: 1) poważne zaburzenia psychiczne wrodzone lub spowodowane chorobą, urazem lub operacją neurochirurgiczną; 2) poważny niedorozwój umysłowy; 3) poważne zaburzenia zachowania spowodowane wiekiem lub zaburzenia osobowości mające negatywny wpływ na ocenę sytuacji, zachowanie lub zdolności adaptacyjne, można orzec brak przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, jeżeli wskazuje na to opinia lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub psychologa, a osoba ta poddaje się regularnym kontrolnym badaniom lekarskim, właściwym dla każdego przypadku.

Pojęcie błędu medycznego, określanego też jako błąd lekarski lub błąd w sztuce medycznej, jest pojęciem prawniczym i nie zawiera definicji legalnej (Puch 2020: 622). W literaturze przez błąd lekarski rozumie się postępowanie wbrew podstawowym, powszechnie uznanym zasadom współczesnej (aktualnej) wiedzy lekarskiej (Marek 2007: 22–25). Według B. Świątek błędem lekarskim jest „każde błędne, a więc nieprawidłowe postępowanie obejmujące zarówno działanie, jak i zaniechanie” (Świątek 2000: 41). Nieco szerszą definicję sformułowała A. Liszewska, wskazując, że: „Błąd w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym przypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności” (Liszewska 1998: 15–16).

Wyróżnia się następujące rodzaje błędów medycznych (Fiutak 2010:51): diagnostyczne – wadliwe rozpoznanie stanu zdrowia pacjenta, nieprawidłowa diagnoza; terapeutyczne – podjęcie nieprawidłowych działań leczniczych wynikających albo z wcześniejszego błędu diagnostycznego, albo z niewłaściwego leczenia mimo prawidłowej diagnozy; techniczne – niewłaściwe pod względem technicznym wykonanie czynności leczniczych, zwłaszcza w zakresie technik operacyjnych, nieprawidłowe użytkowanie aparatury diagnostycznej i leczniczej, oraz organizacyjne – niesprawna organizacja pomocy medycznej przejawiająca się złą organizacją pracy lekarzy i pozostałego personelu medycznego oraz wadliwym działaniem jednostek organizacyjnych różnego szczebla (oddziały, kliniki, szpitale). Nieco odmienną klasyfikację zaproponowali K. Jaegermann, Z. Marek, E. Baran, dzieląc błędy medyczne na: decyzyjne – nieprawidłowe decyzje dotyczące rozpoznania i leczenia pacjenta, za które odpowiedzialność ponosi wyłącznie lekarz podejmujący decyzje diagnostyczne i terapeutyczne; wykonawcze – niewłaściwa realizacja prawidłowych czynności medycznych, za które odpowiedzialność ponosi zarówno lekarz, jak i inne osoby uczestniczące w procesie leczenia; organizacyjne – niepoprawne postępowanie kierowników różnych szczebli organizujących opiekę medyczną oraz opiniodawcze – opinie lekarskie wydane niezgodnie z doktryną i wbrew zasadom wiedzy medycznej, dotyczące zaświadczeń lekarskich dla pacjentów i opinii biegłych dla uprawnionych instytucji (Jaegermann, Marek, and Baran 1982: 4). Z punktu widzenia dalszych rozważań najistotniejsze są błędy diagnostyczne, który dzieli się na pozytywne – rozpoznanie choroby u zdrowej osoby; negatywne – nierozpoznanie istniejącego schorzenia, oraz mieszane – rozpoznanie choroby innej niż istniejąca.

W doktrynie pomija się rozważania poświęcone stronie podmiotowej błędu medycznego, ograniczając się jedynie do wskazania, że błąd popełnić można jedynie nieumyślnie – co wyłącza bezprawność zachowania lekarza lub innych podmiotów świadczących usługi medyczne. W przypadku postawienia diagnozy

świadomie błędnej lub wydanie decyzji, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, stwarzającej zagrożenie dla pacjenta lub osób trzecich, zachowanie takie nie korzysta z dobrodziejstwa złagodzenia odpowiedzialności lub jej uniknięcia (Pieszko 2015: 178).

Mając powyższe na uwadze odpowiedzialność lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdu wystąpić może w następujących sytuacjach: 1) gdy lekarz w ogóle nie rozpoznał choroby kandydata na kierowcę, chyba że kandydat zataił informacje o swoim stanie zdrowia; 2) w sytuacji postawienia prawidłowej diagnozy i poinformowania o tym pacjenta, ale mimo to wydania orzeczenia o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem (nieprzewidzenie lub nieprawidłowe przewidzenie możliwych skutków choroby); 3) gdy lekarz prawidłowo rozpoznał chorobę, wiedział, że jest to przeciwwskazanie do prowadzenia pojazdów, informując o tym pacjenta, ale mimo to wydał orzeczenie o braku przeciwwskazań; 4) lekarz rozpoznał chorobę, ale zataił ją przed pacjentem i wydał orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem; 5) lekarz rozpoznał chorobę oraz potencjalne skutki prowadzenia pojazdu przez pacjenta, poinformował o tym pacjenta i za namową pacjenta wydał orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem.

Jak już wskazano, odpowiedzialność lekarza za skutki wypadku spowodowanego przez kierowcę, który na skutek występującego u niego zaburzenia objawiającego się utratą świadomości, gdy lekarz ten wydał orzeczenie o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów, może mieć miejsce zarówno na gruncie prawa cywilnego, jak i karnego. W obu przypadkach podstawa odpowiedzialności wynika z naruszenia przez lekarza 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Lekarza odpowiada za skutki niedochowania należytej staranności przy wykonywaniu zawodu. Do skutków tych należy narażenie na utratę życia lub zdrowia pacjenta, jak i osób trzecich, w tym również w następstwie spowodowania przez pacjenta takiego stanu zagrożenia.

W przypadku **odpowiedzialności karnoprawnej** błędna diagnoza może powodować odpowiedzialność w dwóch obszarach – na tzw. przedpolu, tj. za narażenie na naruszenie dóbr prawnych, jak i za ich naruszenie (Sadowska 2018: 280–285). Innymi słowy, odpowiedzialność lekarza może powstać już na etapie wydawania orzeczenia o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdu. z art. 160 k.k., tj. z narażeniem człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zaznaczyć również należy, że w odniesieniu do naruszenia dóbr prawnych odpowiedzialność lekarza może mieć miejsce zarówno wobec badanego, jak i osób trzecich (poszkodowanych

w wypadku). Warunkiem odpowiedzialności lekarza za błąd diagnostyczny jest istnienie związku przyczynowo-skutkowego między popełnionym błędem a stanem narażenia pacjenta (Piech 2020: 141-162). Powyższe potwierdzone zostało w postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2019 roku, sygn. III KK 212/18, w którym stwierdzono, że „dla przyjęcia odpowiedzialności karnej lekarza za błąd diagnostyczny prowadzący do narażenia, o którym mowa w art. 160 § 2 i 3 k.k., niezbędne jest nie tylko powstanie zmiany w świecie zewnętrznym, tj. stwierdzenie wystąpienia błędu diagnostycznego, ale istnienie związku przyczynowo-skutkowego między owym błędem a stanem narażenia, a wreszcie przypisywalność odnoszona do konkretnej osoby i ustalenia, na kim spoczywa obowiązek opieki nad pacjentem”. Przypisanie lekarzowi skutku jest możliwe, gdy zostanie wykazane, że zgodne z prawem (dostępnym stanem wiedzy medycznej) działania alternatywne, polegające na wykonaniu ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłyby realnemu i znaczącemu stopniowi tego narażenia. Kluczowe jest istnienie związku przyczynowo-skutkowego między błędem a stanem narażenia.

Skutek omawianego czynu zabronionego może urzeczywistniać się również w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej, ale jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciężącego na oskarżonym obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za wskazane przestępstwo jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia (II KK 74/17).

Podkreślenia wymaga, że odpowiedzialność lekarza na gruncie art. 160 k.k. w omawianym przypadku pozostawać będzie w związku z art. 2 k.k., tj. będzie on odpowiadał jako gwarant (Piech 2021: 109–112). W przypadku zaniechania gwaranta skutek, o jakim mowa we wskazanym przepisie, będzie polegał zarówno na wywołaniu stanu zwiększającego niebezpieczeństwo, jak i na utrzymaniu się poziomu owego niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania (Kowalska 2013: 72–73). Wynika to z treści obowiązku gwaranta, którego zadaniem jest nie tylko podjęcie działań zapobiegających pojawieniu się konkretnego niebezpieczeństwa dla chronionego dobra, ale także podjęcie wszelkich działań zmierzających do obniżenia stopnia konkretnego niebezpieczeństwa dla dobra istniejącego już w chwili aktualizacji jego obowiązku (Bielski 2005: 125–127). Powyższe potwierdzono także w orzecznictwie Sądu Najwyższego, który stwierdził, że skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z [art. 160 § 2 i 3 k.k.](#) jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się – nie będąc uprzednio – w położeniu

grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta. Przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy (Rutkowski 1999L 72–73; IV KK 43/13).

Sytuacja będąca niebezpieczeństwem, w znaczeniu [art. 160 § 1–3](#), musi zagrażać życiu człowieka lub jego zdrowiu bezpośrednio. Pojęcia bezpośredniości niebezpieczeństwa nie należy łączyć z czasową bliskością skutku, mającego nastąpić w wyniku rozwoju sytuacji niebezpiecznej (Wróbel 2019: 136). Bezpośrednie niebezpieczeństwo zachodzi wtedy, kiedy zachodzi sytuacja niewymagająca dla swojego dalszego rozwoju „włączenia się w dany układ zdarzeń elementu dodatkowego, zwłaszcza podjęcia ze strony sprawcy jakiegokolwiek działania dynamizującego ten układ w wyższym stopniu (Buchala 1997: 83). Nieco odmienne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 20 marca 2003 roku, [II AKa 18/03](#), wskazując, że: „Na gruncie [art. 160 § 1](#) chodzi wyłącznie o takie działania, które stwarzają konkretne, realne i natychmiastowe zagrożenie dla życia ofiary. Pojęcie »bezpośrednie« wyklucza natomiast możliwość objęcia nim takich przypadków, w których niebezpieczeństwo wprawdzie istnieje, ale jego realizacja zależy od ewentualnych dalszych działań sprawcy bądź innych osób”. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2011 roku, sygn. [II KK 177/11](#), wystąpienie znamienia bezpośredniości uzależniono od wysokiego prawdopodobieństwa skutku ocenianego w kontekście okoliczności faktycznych (Filar 1999: 35). Powyższe rozbieżności w orzecznictwie wskazują, że za spowodowanie wypadku przez kierującego, u którego lekarz wydający orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem nie zdiagnozował zaburzenia objawiającego się utratą świadomości, lekarz wydający takie orzeczenie nie poniesie odpowiedzialności z art. 160 k.k. Aby uznać, że zachodzi odpowiedzialność karna, niezbędne jest ustalenie czy czynności lecznicze zostały wykonane zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki medycznej, czy swoim zachowaniem lekarz naruszył obiektywny obowiązek ostrożności oraz ustalenie czy lekarz podjął wszelkie możliwe czynności lecznicze, które były możliwe i które wynikały z aktualnego stanu wiedzy medycznej. Badając zachowanie lekarza, znaczenie będzie miała ocena, czy postępowanie lekarza odbiegało od przyjętego abstrakcyjnego wzorca postępowania zbudowanego według obiektywnych kryteriów. Powyższe znalazło potwierdzenie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 21 sierpnia 2018 r. sygn. IV KK 42/12, zgodnie z którym: „W kontekście odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 k.k. lekarz obowiązany jest podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostyczno-terapeutyczne, jakie tylko w danej chwili i warunkach są możliwe i jakie wynikają z aktualnego stanu wiedzy medycznej, gdy tylko ich zaniechanie narażałoby człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego

uszczerbku na zdrowiu i nie ma przy tym znaczenia to, czy pacjent wskutek błędu w sztuce lekarskiej zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Innymi słowy, lekarz obowiązany jest bronić ludzkiego życia i zdrowia gdy tylko są one zagrożone i jego odpowiedzialności nie uchyla sam fakt, że nawet gdyby postępował prawidłowo, to i tak nie dałoby się wykluczyć, że pacjent by zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (...). Podobnie w wyroku z dnia 21 września 2011 roku Sąd Najwyższy, sygn. WA 26/11 orzekł, że: „Narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może mieć miejsce i rodzić odpowiedzialność karną lekarza-gwaranta nawet w sytuacji, w której nic w sferze życia i zdrowia pokrzywdzonego się nie zmieniło. Również brak możliwości przypisania sprawstwa utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie eliminuje możliwości przypisania sprawstwa narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu”.

Zaznaczyć należy, że dane przestępstwo wiąże się ze spowodowaniem niebezpieczeństwa, które nie ma charakteru powszechnego. Przyjmuje się, że cechą rozgraniczającą niebezpieczeństwo indywidualne od niebezpieczeństwa powszechnego jest wielość zagrożonych osób (Buchala 1997: 63–64; II AKa 372/01; V KRN 209/72). Jeśli by zatem sprawca jednym czynem naraził na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu grupę liczącą więcej niż kilka osób, to wówczas odpowiedzialność następowałaby na podstawie art. 173 k.k.

Sporządzenie katastrofy komunikacyjnej jest przestępstwem powszechnym. Jego sprawcą może być zatem każdy, kto posiada zdolność do zawinienia. Nie jest zatem konieczne posiadanie przez niego jakichkolwiek uprawnień związanych z udziałem w określonym rodzaju ruchu. W doktrynie wskazuje się, że możliwe jest rozszerzenie odpowiedzialności za czyn z art. 173 k.k. również na innych uczestników ruchu – nie tylko samego kierującego pojazdem. Wskazuje się, że sprawcą może być zarówno uczestnik ruchu (kierujący pojazdem, pieszy, pasażer), inna osoba znajdująca się na drodze (np. kierujący ruchem, kontrolujący ruch, wykonujący prace konserwacyjne), jak i osoba, która znajduje się poza drogą (np. rzucająca przedmiotami w pojazd) (Kotowski 2006: 30; Buchala 1998: 10), a także projektanci lub budowniczowie dróg – pod warunkiem, że katastrofa pozostaje w związku przyczynowym z ich zachowaniem (Stefański 1999: 22). W orzecznictwie wskazuje się, że warunkiem takiej oceny prawnej jest stwierdzenie, w odniesieniu do każdego z uczestników z osobna, że w zarzuczalny sposób naruszył on, chociażby nieumyślnie, zasady bezpieczeństwa w ruchu, a także, że pomiędzy jego zachowaniem a zaistniałą katastrofą istnieje powiązanie przyczynowe, oraz tego, że zachodzi normatywna podstawa do przyjęcia, iż zachowanie uczestnika ruchu powiązane przyczynowo z wypadkiem zasługuje z kryminalno-politycznego punktu widzenia na ukaranie (I KR 64/76).

W przypadku spowodowania katastrofy w komunikacji w wyniku zaniechania krąg podmiotów tego przestępstwa zostaje ograniczony do osób, na których ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi (art. 2 k.k.) (Majewski 1997: 116–121; II AKa 231/13). Mogą być nimi także osoby, na których ciąży obowiązek niedopuszczenia do ruchu osoby znajdującej się w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka odurzającego, albo nieposiadającej wymaganych uprawnień, a także pojazdu w stanie bezpośrednio zagrażającym bezpieczeństwu ruchu (Buchala 1998: 11).

Odnosnie do odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie katastrofy ma ona miejsce, gdy skutki nieumyślnego naruszenia zasad bezpieczeństwa w ruchu są objęte nieumyślnością (V KR 81/74; II AKa 48/16). Konieczne jest wykazanie, że sprawca nie zachował ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, tj. związanych z uczestnictwem z danym rodzajem ruchu, w którym bierze on udział. Przejawem takiego zachowania może być zaniedbanie stanu technicznego pojazdu, którym sprawca porusza się po drogach publicznych (III KK 345/16), jak również niezachowanie bezpiecznej szybkości, dostosowanej do konkretnych warunków drogowych (m.in. natężenia ruchów, widoczności lub warunków atmosferycznych) i predyspozycji kierowcy (Merecz-Kot, Waszkowska, and Wężyk 2015Ł 525–538). W doktrynie zwraca się ponadto uwagę, że: „Osoba nietrzeźwa, będąca pod wpływem środków odurzających, niektórych leków, cierpiąca na padaczkę, zaawansowaną cukrzycę (z uwagi na stosowane leki), niepoczytalna lub o znacznie zmniejszonej poczytalności, mająca poważną wadę wzroku lub nawet chwilowo cierpiąca, np. na silne bóle żołądka, ze stanem przedzawałowym lub mająca inne dolegliwości, nie jest podmiotem zdolnym do bezpiecznego kierowania pojazdem, powinna zatem powstrzymać się od uczestniczenia w nim. Jeżeli mimo to, uczestnicząc w ruchu, spowoduje wypadek, to narusza regułę bezpieczeństwa, określającą sprawność podmiotu uczestniczącego w ruchu pojazdów (Buchala 1998: 12–13). Odpowiedzialność sprawcy nie jest również wyłączona, jeżeli do katastrofy doszło w wyniku utraty przez niego przytomności z powodu choroby, o której skutkach wiedział. Sprawca wypadku mógłby się ewentualnie skutecznie powoływać na chwilową, niezawinioną utratę przytomności tylko w przypadku, gdyby cierpiał na tego rodzaju schorzenie, dolegliwość lub inne ukryte dysfunkcje, nieujawnione do chwili zdarzenia, o którym sam nie posiadałby wiedzy, a która ta dolegliwość lub schorzenie mogłyby skutkować niekontrolowalną utratą świadomości. Tylko w takim bowiem przypadku ewentualne niekontrolowalne zaśnięcie lub zaślabnięcie mogłoby znajdować się poza możliwością i powinnością przewidywania oskarżonego (o ile taki incydent zdarzyłby się po raz pierwszy; w sytuacji, gdyby doszło wcześniej do tego rodzaju incydentu, a kierujący – świadomy swej dysfunkcji – nadal kierowałby pojazdem mimo wiedzy o możliwej utracie

świadomości, to w razie takiego zdarzenia nie mógłby już skutecznie uchylać się od odpowiedzialności (II AKa 355/15).

Rekapitulując powyższe, uznać należy, że odpowiedzialność lekarza na gruncie karnym następować może w sytuacji, gdy zgodnie z dostępną wiedzą i sztuką medyczną powinien on przewidzieć, że dopuszczenie kandydata na kierowcę do ruchu może bezpośrednio narazić zarówno tego kandydata, jak i osoby trzecie na utratę życia lub zdrowia bądź też spowodować katastrofę w ruchu. Nawet wówczas odpowiedzialność ta pozostaje rozmyta z uwagi na udział innych podmiotów w postępowaniu o wydanie prawa jazdy. Wątpliwa pozostaje również możliwość uznania wydania orzeczenia za obiektywną przyczynę katastrofy. Powyższe uwidacznia więc, że odpowiedzialność lekarza ograniczać się będzie jedynie do rażących zaniedbań w badaniu kontrolnym oraz świadomego zatajenia choroby badanego.

4. Odpowiedzialność lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdów za skutki spowodowania wypadku przez osobę cierpiącą na zaburzenia objawiające się utratą świadomości w prawie cywilnym

W odróżnieniu od odpowiedzialności karnoprawnej, na gruncie prawa cywilnego lekarz odpowiadać może jedynie w przypadku wystąpienia szkody. Ewentualny zakaz dalszego narażania na powstawanie szkód dokonywać może się na drodze administracyjnoprawnej, m.in. poprzez skierowanie kierowcy na badania, zatrzymanie lub cofnięcie prawa jazdy. Za niewłaściwe postawioną diagnozę to lekarz ponowi odpowiedzialność, zarówno w zakresie poniesionej przez pacjenta szkody, jak i doznanej krzywdy. Ponieważ odpowiedzialność cywilnoprawna lekarza odbywa się na zasadach ogólnych, nie ma potrzeby szczegółowego omawiania ogólnych przesłanek odpowiedzialności. W dalszej części opracowania omówiono jedynie odrębności materialnoprawne i formalnoprawne wskazanej odpowiedzialności.

Ustawodawca wprowadził dwie podstawy dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia za błąd medyczny. Poszkodowany może domagać się naprawienia szkody, która obejmuje wynikłe z tego powodu koszty, lub w określonych przypadkach domagać się renty lub zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 444 i 445 k.c., jak i art. 4 i 67q i nast. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (dalej jako: u.p.p.)², z tym zastrzeżeniem, że na gruncie tej ustawy dochodzić można jedynie odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku śmierci, uszkodzenia ciała

² t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581.

lub rozstroju zdrowia badanego. Podkreślenia wymaga, że odpowiedzialność lekarza może wystąpić także wtedy, gdy na skutek wypadku szkód dozna jedynie kierujący.

Kwestią wątpliwą pozostaje wykazanie przez pokrzywdzonego związku przyczynowego pomiędzy wydaniem orzeczenia o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdu przez lekarza i w konsekwencji otrzymanie prawa jazdy oraz powstaniem szkody u kierującego pojazdem na skutek utraty świadomości podczas jazdy. Ciężar dowodu opierać się wówczas będzie na konieczności udowodnienia, że stan zdrowia badanego kandydata na kierowcę w świetle aktualnego na dzień wydania orzeczenia o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdu wskazywał na występowanie okoliczności stanowiących podstawę do odmowy wydania takiego orzeczenia. Istotna jest także możliwość traktowania zaniedbania własnego stanu zdrowia przez kierującego jako przyczynienia się do powstania szkody. Podobnie w przypadku dochodzenia roszczeń na podstawie u.p.p., pacjent zobowiązany jest to do wykazania, że w efekcie udzielenia świadczenia zdrowotnego (tu: badania kandydata na kierowcę) doszło do zdarzenia medycznego, tj. powstała szkoda na skutek udzielenia go w sposób nieodpowiadający wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 w zw. z art. 3 ust. 6 i 11 w zw. z art. 67q i nast. u.p.p.). Zauważenia wymaga, że w przypadku śmierci kierowcy jego bliscy mogą dochodzić zadośćuczynienia lub odszkodowania z tego powodu. Niezależnie jednak od podmiotu domagającego się naprawienia szkody ciężar dowodu będzie co do zasady tożsamy, tj. wymagane będzie wykazanie, że badanie kandydata na kierowcę zostało wykonane w sposób nieodpowiadający wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Na gruncie przepisów k.c. niezbędne będzie nadto wykazanie istnienia związku pomiędzy zdarzeniem medycznym a szkodą.

Odnosząc się do wysokości odszkodowawczej lekarza w omawianym przypadku, wskazać należy, że chociaż u.p.p. przewiduje łagodniejszy reżim dowodowy, to wysokość dochodzonego odszkodowania w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia badanego została określona ustawowo i wynosi pomiędzy 2 tysiące a 200 tysięcy złotych (art. 67s ust. 1 pkt. 2 u.p.p.), a w przypadku śmierci pacjenta od 20 tysięcy do 100 tysięcy złotych (art. 67s ust. 1 pkt. 3 u.p.p.).

Odmienne wygląda także okres przedawnienia roszczeń poszkodowanego kierowcy wobec kierowcy. Na podstawie art. 118 k.c. jest to okres sześciu lat od dnia powstania szkody, natomiast zgodnie z art. 67t ust. 3 u.p.p. wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego może być złożony w terminie roku od dnia, w którym wnioskodawca dowiedział się o uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta. Tym samym w omawianym

przypadku odpowiedzialność lekarza wobec kierującego na podstawie przepisów u.p.p. wygasa z upływem trzech lat od dnia badania.

Odpowiedzialność lekarza na drodze cywilnoprawnej wobec osób trzecich w omawianej sytuacji jest dopuszczalna jedynie na zasadach ogólnych wynikających z przepisów k.c. Osoby trzecie nie mogą dochodzić roszczeń określonych w u.p.p. Podkreślić należy też, że w przypadku śmierci lub uszkodzenia ciała osoby trzeciej na skutek wypadku spowodowanego przez osobę, u której w chwili zdarzenia wystąpiła utrata świadomości, poszkodowani pozbawieni są możliwości domagania się naprawienia szkody od sprawcy, gdyż jego odpowiedzialność jest wyłączona z uwagi na brak czynu. Wykształciła się linia orzecznicza, zgodnie z którą w takich przypadkach przyznawane jest od kierującego odszkodowanie lub zadośćuczynienie na podstawie art. 425 k.c., tj. na zasadzie słuszności (Jusik 2022: 74). Wątpliwość budzi, czy w przypadku uznania roszczeń poszkodowanych pozwany (sprawca wypadku, u którego w chwili zdarzenia wystąpiła utrata świadomości) może dochodzić roszczenia regresowego od lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem i czy opierałyby się one na przepisach ogólnych, czy też na przepisach u.p.p. Nawet jeśli takie roszczenie byłoby dopuszczalne, to i tak nie obejmowałoby naprawienia szkody majątkowej innej niż za śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia.

5. Postulaty *de lege ferenda*

Przedstawione niejednoznaczności w ustaleniu kręgu podmiotów odpowiedzialnych za wypadek spowodowany na skutek utraty świadomości przez kierującego ujawniają lukę prawną. Istniejący stan prawny nie daje ani gwarancji, ani pewności możliwości zaspokojenia roszczeń poszkodowanych, w szczególności, gdy chodzi o szkody inne niż szkody na osobie. Postulować należy więc wprowadzenie regulacji przewidującej co najmniej odpowiedzialność posiłkową lekarza wydającego orzeczenie o braku przeciwwskazań do prowadzenia pojazdu. Ze strony techniki legislacyjnej kwestią drugorzędną pozostaje, czy przepis statuujący możliwość pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności zawarty zostałby w k.c., u.p.p. czy innej ustawie szczegółowej. Obecny stan prawny trywializuje badania lekarskie kandydatów na kierowców (Najman 2024: 227–230), a składane przez badanych oświadczenia praktycznie wyłączają, a przynajmniej ograniczają jedynie do najbardziej rażących zaniedbań, odpowiedzialność lekarzy w przypadku dopuszczenia do ruchu osób z zaburzeniami objawiającymi się utratą świadomości. Wprowadzenie podstawy prawnej pozwalającej na dochodzenie roszczeń także od lekarza przyczynić się może do zwrócenia uwagi na szczególną rolę badań lekarskich w procesie ubiegania się o wydanie prawa jazdy (Por. Siren, Haustein 2015: 72–76). Pozwoli również lepiej zrealizować funkcję gwarancyjną prawa poprzez zapewnienie pewności co do podmiotu, od którego w omawianej

sytuacji można dochodzić naprawienia szkody (Annas 2008: 521–524). Może także przyczynić się do zmniejszenia kosztów dochodzenia należności, w sytuacji, gdy kierowca (pозwany) zostałby obciążony obowiązkiem naprawienia szkody na zasadzie słuszności (Mitchell 1999: 612).

6. Podsumowanie

W obecnej rzeczywistości prawnej udział lekarza przy wydawaniu prawa jazdy ma charakter fasadowy. Lekarz wydający orzeczenie o braku przeciwwskazań do kierowania pojazdem jedynie w skrajnych przypadkach ponosi odpowiedzialność karną lub cywilną. Utylitaryzm społeczny spowodował postrzeganie badań w procesie ubiegania się o wydanie prawa jazdy jako zbędnej formalności. Jednak w przypadku powstania szkody, gdy kierujący cierpiał na chorobę objawiającą się utratą świadomości, która nie została zdiagnozowana przez lekarza, poszkodowany często pozbawiony zostaje możliwości dochodzenia naprawienia szkody – zarówno na drodze karnej, jak i cywilnej. Powstał stan społeczny, w którym szybkość postępowania postrzegana jest jako wartość nadrzędna nad bezpieczeństwem. Rolą ustawodawcy winno być zatem podjęcie działań zmierzających do uświadomienia społeczeństwa w przedmiocie znaczenia rzetelnej weryfikacji stanu zdrowia kandydatów na kierowców.

Wykaz skrótów

- u.k.p. – Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami.
- u.p.p. – Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.
- k.c. – Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
- k.k. – Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.

Bibliografia

Akty prawne

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1061, 1237, 2025 r. poz. 769.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287, 1897, z 2025 r. poz. 769.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 383.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581.
- Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami t.j. Dz.U.2024.1210.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2022 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców, Dz.U. poz. 2503.

Orzecznictwo

- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 1972 roku, sygn. V KRN 209/72, OSNKW 1972/10, poz. 158.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 marca 1974 r., sygn. V KR 81/74. Legalis nr 17801.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 1976 r., I KR 64/76. Legalis nr 19436.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 r., sygn. [IV KK 43/13](#). Lex nr 1318212.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2017 roku, sygn. II KK 74/17. Lex nr 2342166.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2017 r., III KK 345/16. Legalis nr 1576676.
- Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 czerwca 2019 roku, sygn. III KK 212/18. Legalis nr 1958779.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 października 2001 roku, sygn. II AKa 372/01.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 20 marca 2003 r., [II AKa 18/03](#), KZS 2003/7–8, poz. 69.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 21 sierpnia 2013 roku, sygn. II AKa 231/13. Legalis nr 999549.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 17 marca 2015 roku, sygn. II SA/Ol 28/15. LEX nr 1805423.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 12 kwietnia 2016 roku, sygn. II AKa 48/16. Legalis nr 1482559.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 maja 2016 r., II AKa 355/15. Legalis nr 1544002.

Opracowania

- Annas George. 2008. Doctors, drugs, and driving—tort liability for patient-caused accidents. *New England Journal of Medicine* (5)359, 521–525.
- Bielski Marek. 2005. Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo – uwagi na marginesie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., [V KK 37/04](#). *Przegląd Sądowy* 4, 119–133.
- Buchała Kazimierz. 1998. Niektóre problemy wykładni znamion przestępstw przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji. *Prokuratura i Prawo* 11–12, 7–17.
- Buchała Kazimierz. 1997. *Przestępstwa i wykroczenia przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji drogowej. Komentarz*. Bydgoszcz: Branta.
- Cyprian Tadeusz. 1961. Odpowiedzialność karna za wypadki drogowe. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 23(3), 73–109.
- Filar Marian. 1999. Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy). *Prawo i Medycyna* 3, 33–45.
- Fiutak Agnieszka. 2010. Klasyfikacja błędów medycznych. Definicja błędu w sztuce. *Medycyna Rodzinna* 13(2), 50–55.
- Jaegermann Kazimierz, Marek Zdzisław, Baran Erazm. 1982. Błąd organizacyjny w służbie zdrowia. *Archiwum Medycyny Sądowej* 32, 3–8.
- Jusik Michalina. 2022. Zdarzenia komunikacyjne w świetle najważniejszych zadań zarządcy drogi – analiza istoty oraz zakresu odpowiedzialności odszkodowawczej. *Zeszyt Prawniczy UAM* 12, 71–81.
- Kotowski Wojciech. 2006. *Przestępstwa drogowe. Komentarz*. Warszawa: C. H. Beck.

- Kowalska Dagmara. 2013. Lekarski obowiązek udzielenia pomocy i związana z nim odpowiedzialność karna za jego zaniechanie. *Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM* 3, 69–77.
- Kuś Artur. 2020. Administracyjne zatrzymanie prawa jazdy. Problem dualizmu postępowań administracyjnego i w sprawie wykroczeń w kontekście postępowania dowodowego. *Studia Prawnicze KUL* 3, 237–259.
- Liszewska Agnieszka. 1998. *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kraków: Zakamycze.
- Majewski Jarosław. 1997. *Prawnokarne przypisywanie skutku przy zaniechaniu*. Zagadnienia węzłowe. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Marek Zdzisław. 2007. *Błąd medyczny. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne.
- Merecz-Kot Dorota. Waszkowska Małgorzata. Węzyk Agata. 2015. Stan psychiczny kierowców – sprawców wypadków drogowych. *Medycyna Pracy* 66(4), 525–538.
- Mitchell Edward. 1999. Madness and meta-responsibility: The culpable causation of mental disorder and the insanity defence. *The Journal of Forensic Psychiatry* 10(3), 597–622.
- Najman Michał. 2024. Prawne aspekty znaczenia badań lekarskich przy wydawaniu prawa jazdy osobom cierpiącym na choroby objawiające się utratą świadomości. *Studia Administracji i Bezpieczeństwa* 15, 219–232.
- Piech Karolina. 2021. Granice obowiązku gwaranta wykonującego zawód lekarza. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 83(3), 107–121.
- Piech Karolina. 2020. Zaniechanie osoby trzeciej jako negatywna przesłanka obiektywnego przypisania skutku – na przykładzie odpowiedzialności karnej lekarza za błąd medyczny. *Zeszyty Prawnicze* 20(2), 141–162.
- Pieszko Grzegorz. 2015. Społeczno-prawne aspekty penalizacji fałszowania dokumentów. *Studia Prawnoustrojowe* 29, 173–184.
- Puch Elżbieta. Nowak-Jaroszyk Monika. Swora-Cwynar Ewelina. 2020. Błąd medyczny w teorii i praktyce – przegląd najważniejszych zagadnień. *Medycyna Pracy* 71(5), 613–630.
- Rutkowski Stanisław. 1999. Wybrane zagadnienia z zakresu odpowiedzialności karnej lekarza. *Prokuratura i Prawo* 9, 71–91.
- Sadowska Monika. 2018. Zaniedbania podczas badania podmiotowego jako przesłanka odpowiedzialności za błąd diagnostyczny. *Studia Iuridica Toruniensia* 23, 271–290.
- Stefański Ryszard. 1999. *Przestępstwa drogowe w nowym Kodeksie karnym*. Warszawa: Wolter Kluwers.
- Siren Anu, Haustein Sonja. 2015. Driving licences and medical screening in old age: Review of literature and European licensing policies. *Journal of Transport & Health* 2(1), 68–78.
- Świątek Barbara. 2000. Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego. *Prawo Medyczne* 2(5), 39–47.
- Wróbel Andrzej. 2019. Glosa do postanowienia SN z 30 maja 2017 roku, IV KK 164/17. *Przegląd Prawa i Administracji* 116, 135–144.