

UZASADNIENIE

J. Ł. (1) została oskarżona o to, że w dniu 31 stycznia 2013 roku w T., będąc zatrudnioną w (...) Centrum (...) w T., jako lekarz pełniący dyżur na oddziale neurologicznym, nie udzieliła w sposób właściwy pomocy pacjentowi M. W. (1), dopuszczając się tzw.: „błędu medycznego” o charakterze decyzyjnym i diagnostycznym, w ten sposób, że dokonała błędnej oceny jego stanu zdrowia bez zlecenia i przeprowadzenia obserwacji pacjenta i wdrożenia diagnostyki różnicowej, a w szczególności bez przeprowadzenia konsultacji internistycznej, panelu podstawowych badań laboratoryjnych, EKG i badania obrazowego – ultrasonograficznego jamy brzusznej i dolnego odcinka kręgosłupa ostrego oraz bez skierowania pacjenta na oddział neurologiczny szpitala, w którym uzyskałby adekwatną pomoc medyczną wbrew wskazaniom lekarza pierwszego kontaktu, który z powodu nieskutecznego dotychczasowego leczenia farmakologicznego, skierował pacjenta na oddział neurologiczny (...), a następnie podjęła nieprawidłową decyzję o odesłaniu pacjenta do domu ze stwierdzonym ostrym zespołem bólowym i trudnościami w poruszaniu się z zaleceniami dalszej konsultacji w poradni POZ, przez co naraziła M. W. (1) w sposób realny na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k.

Wyrokiem Sądu Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim z dnia 27 marca 2016 roku wydanym w sprawie II K 11/16 J. Ł. (1) w miejsce zarzucanego jej czynu, została uznana za winną tego, że w dniu 31 stycznia 2013 roku w T., będąc zatrudnioną w (...) Sp. z o. o. w T., jako lekarz pełniący dyżur na oddziale neurologicznym, nie udzieliła w sposób właściwy pomocy pacjentowi M. W. (1), dopuszczając się tzw.: „błędu medycznego” o charakterze decyzyjnym i diagnostycznym, w ten sposób, że dokonała błędnej oceny jego stanu zdrowia mając na uwadze: nieskuteczność dotychczasowego leczenia farmakologicznego (przeciwbólowego) i nieustępowanie dolegliwości bólowych będących w relatywnie krótkim czasie przyczyną kilkakrotnych wizyt w poradni, wezwań pogotowia, pobytu w Szpitalnym Oddziale ratunkowym, trudności w poruszaniu się oraz braku patologicznych objawów neurologicznych, korzeniowych, nie zleciła przeprowadzenia obserwacji pacjenta i wdrożenia diagnostyki różnicowej, a w szczególności konsultacji internistycznej, panelu podstawowych badań laboratoryjnych, EKG i badania obrazowego – ultrasonograficznego jamy brzusznej i RTG dolnego odcinka kręgosłupa, a następnie podjęła nieprawidłową, przedwczesną decyzję o odesłaniu pacjenta do domu z zaleceniami dalszej konsultacji w poradni Podstawowej (...), przez co nieumyślnie naraziła M. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. czynu wyczerpującego dyspozycje art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. i przy zastosowaniu art. 4 § 1 k.k., na podstawie art. 160 § 3 k.k. wymierzono jej karę 6 miesięcy pozbawienia wolności.

Na podstawie art. 69 § 1 i 2 k.k. i art. 70 § 1 pkt 1 k.k. wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności warunkowo zawieszono na okres próby lat 2.

Na podstawie art. 41 § 1 k.k. orzeczono wobec oskarżonej zakaz wykonywania zawodu lekarza na okres lat 2.

Zasądzono od oskarżonej na rzecz oskarżycielki posiłkowej K. W. (1) kwotę 1.176 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa adwokackiego.

Zasądzono od oskarżonej na rzecz Skarbu państwa kwotę 120 złotych tytułem opłaty oraz kwotę 15.089,57 złotych tytułem zwrotu wydatków postępowania.

Z wyrokiem tym nie zgodzili się obrońca oskarżonej oraz prokurator.

Apelacja obrońcy skarży wyrok w całości i na korzyść J. Ł. (1). Obrońca zaskarżonemu orzeczeniu zarzucił:

- błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wyroku, mający wpływ na jego treść, polegający na stwierdzeniu, że oskarżona pomimo posiadania wiedzy o nieskuteczności leczenia i nieustępowania dolegliwości bólowych u M. W. (1) oraz jego kilkakrotnych wizyt w poradniach, zwolniła pacjenta do domu, chociaż z zebranego

w sprawie materiału dowodowego wynika, że takowych informacji e chwili podejmowania decyzji oskarżona nie posiadała,

- naruszenie przepisów prawa procesowego tj. art. 4 k.p.k., 201 k.p.k., 410 k.p.k., 424 § 1 k.p.k., która miała wpływ na treść wyroku i wynikała z oparcia orzeczenia tylko na dowodach obciążających poprzez wybranie wybiórczo sformułowań opinii biegłych i pominięcia dowodów korzystnych dla oskarżonej, a także oddaleniu wniosku dowodowego o przesłuchanie biegłych dla wyjaśnienia niejasności w opiniach.

W konkluzji wnosił o zmianę wyroku i uniewinnienie J. Ł. (1) od popełnienia zarzucanego jej czynu, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Oskarżyciel publiczny zaskarżył wyrok w całości i na niekorzyść J. Ł. (1). Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucił:

- obrazę przepisów postępowania, która miała wpływ na treść orzeczenia, a mianowicie art. 413 § 1 pkt 5 i § 2 k.p.k., polegającą na zaniechaniu wskazania w opisie czynu przypisanego oskarżonej, wbrew poczynionym ustaleniom faktycznym, że na oskarżonej ciążył obowiązek opieki na osoba narażoną na niebezpieczeństwo, podczas gdy jest to ustawowe znamię przestępstwa określonego w art. 160 § 2 k.k.,

- błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, mający wpływ na jego treść, polegający na przyjęciu, wbrew zebranemu w sprawie materiałowi dowodowemu, że J. Ł. (1) nieumyślnie naraziła M. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podczas gdy prawidłowa analiza całokształtu okoliczności przedmiotowej sprawy prowadzi do wniosku, że oskarżona, jako doświadczony lekarz neurolog z kilkudziesięcioletnim stażem, co najmniej przewidywała możliwość popełnienia czynu zabronionego, godząc się na pozostawienie pokrzywdzonego w stanie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w tym samym wyczerpała znamiona przestępstwa określonego w art. 160§ 2 k.k., o czym świadczy m. inn. zaniechanie zlecenia hospitalizacji pokrzywdzonego na oddziale neurologicznym w celu obserwacji i wdrożenia diagnostyki różnicowej w sytuacji, gdy za potrzebą pogłębionej diagnostyki jego stanu zdrowia przemawiało wiele okoliczności (nieskuteczność dotychczasowego leczenia farmakologicznego - przeciwbólowego, utrzymywanie silnych dolegliwości bólowych, będących w dość krótkim czasie, także w godzinach nocnych i wieczornych przyczyną kilkakrotnych wizyt w poradni, wezwań pogotowia, pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym, trudności w poruszaniu się, zwłaszcza, że pacjent zaledwie kilka godzin później zmarł z powodu pęknięcia tętniaka aorty brzusznej,

- rażącą niewspółmierność wymierzonej oskarżonej kary 6 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 2 lata, w sensie jej rażącej łagodności, wynikającej z nienależytego uwzględnienia okoliczności obciążających tj. rodzaju i charakteru naruszonych dóbr prawnych (życie i zdrowie), rodzaju i stopnia naruszenia ciężących na oskarżonej obowiązków, w tym posiadania przymiotu gwaranta nienastąpienia skutku stanowiącego znamię czynu zabronionego, rodzaju i rozmiaru ujemnych następstw przestępstwa w zakresie stanu zdrowia M. W. (1), a także postawy oskarżonej w toku postępowania, która nie wyraziła skruchy, co powoduje, że orzeczona kara nie spełni funkcji represyjnej i nie stanowi adekwatnej reakcji na naruszenie porządku prawnego oraz nie czyni zadość poczuciu sprawiedliwości.

Podnosząc powyższe prokurator wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez:

- wskazanie w opisie przypisanego czynu, iż na oskarżonej ciążył obowiązek opieki nad pokrzywdzonym, a ponadto, że wbrew temu obowiązkowi, działając umyślnie i w zamiarze ewentualnym naraziła M. W. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

- zmianę kwalifikacji prawno karnej czynu poprzez wyeliminowanie art. 160 § 3 k.k. i przyjęcie za podstawę prawną skazania przepisu art. 160 § 2 k.k.,

- o orzeczenie wobec oskarżonej kary 1 roku pozbawienia wolności, w miejsce orzeczonych 6 miesięcy tej kary, również z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres próby wynoszący 2 lata,

- w pozostałym zakresie oskarżyciel publiczny wniósł o utrzymanie zaskarżonego wyroku w mocy.

Na rozprawie apelacyjnej obrońca popierał wniesioną apelację i wnioski w niej zawarte, wnosił o nieuwzględnienie apelacji prokuratora.

Prokurator popierał wniesioną apelację i wnioski w niej zawarte, wnosił o nieuwzględnienie apelacji obrońcy.

Pełnomocnik oskarżycielki posiłkowej K. W. (1) przyłączył się do apelacji prokuratora i wnosił o nieuwzględnienie apelacji obrońcy. Dodatkowo wnosił o przyznanie oskarżycielce posiłkowej zwrotu kosztów zastępstwa adwokackiego w postępowaniu odwoławczym według norm przypisanych.

Oskarżycielka posiłkowa K. W. (1) przyłączyła się do stanowiska swojego pełnomocnika, a oskarżona do stanowiska obrońcy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Wniesione środki odwoławcze okazały się o tyle zasadne, że spowodowały zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uzupełnienie opisu czynu przypisanego oskarżonej J. Ł. (1) w punkcie 1 wyroku, przez przyjęcie, iż ciążył na niej obowiązek opieki nad narażonym na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu M. W. (1), orzeczenie w miejsce kary pozbawienia wolności - kary samoistnej grzywny i uchylene orzeczonego zakazu wykonywania zawodu lekarza. W pozostałym natomiast zakresie żadna z wniesionych apelacji nie okazała się być uzasadniona.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do apelacji obrońcy (jako idącej „najdalej”), Sąd Okręgowy zważył, że podnoszony przez apelanta błąd w ustaleniach faktycznych, miał wynikać z uprzedniego naruszenia przez sąd meriti wskazanych przepisów proceduralnych. W pierwszej kolejności rozważań wymagały więc zarzuty natury procesowej, podważające prawidłowość oceny materiału dowodowego. Ich treść skłania do wniosku, że mają one charakter jedynie polemiczny. I tak, zdaniem apelanta Sąd Rejonowy naruszył art. 4 k.p.k. w zw. z art. 410 k.p.k. poprzez uwzględnienie jedynie okoliczności przemawiających na niekorzyść oskarżonej oraz treść art. 201 k.p.k., poprzez niezasadne oddalenie wniosku o przesłuchanie biegłych „dla wyjaśnienia sprawy”. Sąd odwoławczy zauważa jednak, że apelant nie wskazuje jakie to konkretne okoliczności – korzystne dla jego klientki pominął Sąd Rejonowy. Wydaje się, iż chodzi o treść przywołanej przez apelanta ustnej opinii biegłych dr hab. n. med. C. C. i prof. dr hab. n. med. J. C.. Obrońca zaakcentował, iż biegli ci jednoznacznie stwierdzili, iż oskarżona w chwili przyjęcia pokrzywdzonego na izbę przyjęć nie dysponowała żadnymi przesłankami, które pozwoliłyby na rozpoznanie u niego tętniaka aorty brzusznej, a które to ograniczone możliwości zbadania pacjenta (w tym brak możliwości skierowania na inny oddział) podkreślali także w drugiej z wydanych opinii biegli z (...) w P.. Powyższe, w połączeniu z mylnym skierowaniem pacjenta bezpośrednio do oddziału neurologicznego (z pominięciem (...)u) nie powinno, zdaniem skarżącego, doprowadzić do skazania oskarżonej, lecz do jej uniewinnienia.

Sąd Okręgowy zważył, iż powyższa konstatacja jest nieuprawniona. Nie doszło bowiem w sprawie do braku rozważenia całokształtu materiału dowodowego i oparcia orzeczenia jedynie na jego fragmencie – niekorzystnym dla J. Ł. (1). To skarżący, przywołując tylko jeden z wniosków postawionych przez biegłych, stara się wywieść wrażenie stronniczości sądu przy dokonanych ustaleniach. Po pierwsze należy podnieść, że brak możliwości rozpoznania przez oskarżoną u M. W. (1) tętniaka aorty brzusznej, w chwili jego przedmiotowego badania w dniu 31 stycznia 2013 roku, jest znany. Oba zespoły opiniujące spójnie i jednoznacznie wypowiedziały się w kwestii znacznych trudności przy zdiagnozowaniu tego rodzaju choroby (którą dodatkowo utrudniała tusza pacjenta i stosunkowo nieduży gabarytowo tętniak – „na pograniczu” operacyjnym). Poprawności w owej diagnozie nie pomagała wcale specjalizacja J. Ł. (1), która choć była lekarzem z wieloletnim stażem, to z zupełnie innej specjalności. Przede wszystkim natomiast nie była lekarzem oddziału ratunkowego. Po drugie, obrońca upatruje podstaw do postawionych przez siebie też także w mylnym

skierowaniu M. W. (1) - przez innego lekarza - na oddział neurologiczny, w sytuacji, gdy winien zostać skierowany na oddział (...)u (gdzie standardowo wykonuje się pakiet podstawowych badań w tego typu przypadkach). Tymczasem owo lekarskie skierowanie „na oddział neurologiczny”, choć rzeczywiście mylne i mające źródło - jak się okazało - w błędnej, czy też nie do końca prawidłowej, diagnostyce pokrzywdzonego trwającej od dłuższego już czasu, w żaden sposób nie ekskulpowало oskarżonej (rozpoznane przez ortopedę u w/w zwyrodnienie kręgosłupa być może również miało miejsce). W sprawie mamy do czynienia z nietypową sytuacją związaną z „właściwością” decydującego lekarza, ale znaną i zrozumiałą dla oskarżonej, w której miała ona świadomość konsekwencji swoich decyzji wobec M. W. (1). Pomimo zatrudnienia J. Ł. (1) w dniu 31 stycznia 2013 roku na stanowisku lekarza pełniącego dyżur na oddziale neurologicznym w (...) szpitalu, w tym konkretnym przypadku medycznym – pacjenta M. W. (1) – decyzja podjęta przez J. Ł. (1) wobec pokrzywdzonego miała takie same reperkusje, jak decyzja lekarza (...)u przyjmującego pacjenta zgłaszającego się tam „z ulicy”. Innymi słowy, oskarżona – co sama przyznała – wiedziała, iż poza nią pacjenta M. W. (1), zgłaszającego się nocą na (...), nie będzie badał już inny lekarz i to ona i tylko ona, ma podjąć ostateczną decyzję w jego sprawie, w tym przede wszystkim zdecydować, czy pacjent winien zostać w szpitalu, czy iść do domu. Właśnie z tego powodu, chcąc dodatkowo wyartykułować tą szczególną rolę oskarżonej wobec pacjenta zgłaszającego się na (...), zdecydowano się ostatecznie uzupełnić opis czynu przypisanego oskarżonej przez przyjęcie, iż ciążył na niej obowiązek opieki nad narażonym na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu M. W. (1). W ocenie sądu odwoławczego opis czynu dokonany przez sąd rejonowy, choć nie cytował słów: „ciężki obowiązek”, to zawierał wszystkie niezbędne przesłanki czynu z art. 160 § 3 k.k. opisane jedynie przy użyciu innych sformułowań (tj. że jako lekarz pełniący dyżur nie udzieliła właściwej pomocy pacjentowi, z opisem poszczególnych działań, których błędnie zaniechała, w tym o odesłaniu pacjenta do domu).

Choć także, co jest oczywiste w świetle zgodnych opinii wszystkich biegłych, M. W. (1) ze swoim schorzeniem nie kwalifikował się na oddział neurologiczny (brak było medycznych podstaw, by go tam przyjęto), to decyzja J. Ł. (1), podjęta w tym konkretnym układzie pracy szpitala, o odesłaniu pokrzywdzonego do domu, bez zalecenia obserwacji pacjenta, konsultacji z innym lekarzem, czy wykonaniu podstawowych badań (diagnostyka różnicowa), narażała pokrzywdzonego na niebezpieczeństwo, o jakim mowa w art. 160 § 2 k.k.

Nie chodzi przy tym o ustalenie, czy oskarżona mogła fizycznie zapobiec śmierci M. W. (1) (biegli wskazywali na nikłe szanse powodzenia jego uratowania, nawet przy rozpoznaniu tętniaka aorty istniejącego w dniu 31 stycznia 2013 roku), ale o to, że jej działanie polegało na nie wykorzystaniu dostępnych środków i możliwości, aby doprowadzić do zmniejszenia już istniejącego, wysokiego zagrożenia dla życia pacjenta. Odpowiedzialność lekarza za czyn z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest wyłączona tylko wówczas, jeśli ustalone zostanie, że podjęcie przez niego działań, do których był zobowiązany, nie odwróciłoby (nie zmniejszyło, nie ograniczyło) niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta. Pozostawienie natomiast pokrzywdzonego M. W. (1), krytycznej nocy 31 stycznia 2013 roku w szpitalu, przynajmniej na obserwacji, pozwalałoby już choćby na przeprowadzenie akcji resuscytacyjnej w momencie utraty świadomości (przyczyną śmierci M. W. (1) było przecież ostatecznie nagłe zatrzymanie krążenia w przebiegu tętniaka aorty brzusznej). W całej rozciągłości należy podzielić rozważania sądu podjęte w sprawie IV Ka 630/15 w kwestii możliwych form realizacji skutku w postaci narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o jakim mowa w art. 160 § 2 k.k. Jest on realizowany nie tylko wtedy, gdy dopiero działanie lub zaniechanie lekarza, noszące znamiona błędu, spowodowało zagrożenie (lub jego znaczące zwiększenie) dla chronionych w/w przepisem dóbr, ale także wtedy, gdy polegało na nie wykorzystaniu przez niego dostępnych środków i możliwości, aby doprowadzić do ustąpienia albo zmniejszenia już istniejącego zagrożenia. Obowiązkiem oskarżonej w przedmiotowej sprawie było podjęcie działań zmierzających do obniżenia stopnia już istniejącego niebezpieczeństwa dla życia M. W. (1). Brak ich podjęcia był natomiast wynikiem braku zachowania wymaganych w danych warunkach reguł ostrożności.

Nagromadzenie się wielu nietypowych okoliczności, powodujących znaczne utrudnienia w podejmowaniu feralnej nocy decyzji diagnostycznych przez J. Ł. (1) (błędne pierwotne rozpoznanie choroby u pokrzywdzonego, błędne skierowanie na oddział neurologiczny, bardzo trudna do diagnostyki jednostka chorobowa, brak specjalistycznego doświadczenia z zakresu medycyny ratunkowej, względnie chorób naczyniowych, tusza i choroby towarzyszące

pacjenta, nocna pora itd.), nie prowadzi jednak do uznania, iż jest ona osobą niewinną, a jedynie uzasadniało słuszne przyjęcie przez sąd rejonowy, iż oskarżona działała z winy nieumyślnej tj. na skutek niezachowania wymaganych w danych okolicznościach reguł ostrożności. Są to także okoliczności uzasadniające dokonaną przez sąd odwoławczy zmianę wyroku w zakresie orzeczonej kary i środka karnego, o czym mowa poniżej.

Wracając do wywodów obrońcy, w/w nie ma racji, gdy twierdzi, że poprzez oddalenie jego wniosku dowodowego o dodatkowe przesłuchanie wszystkich biegłych, doszło do naruszenia przepisu art. 201 k.p.k., które miało wpływ na treść zapadłego orzeczenia. Otóż wniosek taki jest nieuprawniony, gdy zważy się, że obie jednostki opiniujące (Szpital (...) w P.- dr n. med. P. N. oraz Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii S. – Lekarskiej (...) w K. – dr hab. n. med. C. C. i prof. dr hab. n. med. J. C.), wzajemnie zapoznawały się z opiniami wydanymi przez siebie dodatkowo, po uzupełnieniu materiału dowodowego i doszły do zgodnych oraz jednoznacznych wniosków w zakresie konieczności zachowania przez oskarżoną większego krytycyzmu diagnostycznego i ostrożności decyzyjnej względem M. W. (1), z uwagi na nasilenie i czas trwania jego dolegliwości. Można w tym miejscu zacytować (...) opinię: „Zdecydowanie zgadzamy się z opinią biegłych z Katedry i Zakładu... (...)...” (k.432). Jedyne co, to opinia UM w P. podkreśla, iż brak należytego krytycyzmu i ostrożności decyzyjnej wobec pacjenta M. W. (1), zauważa nie tylko w przedmiotowym zachowaniu oskarżonej, ale też w zachowaniach (decyzjach) innych lekarzy, którzy leczyli pokrzywdzonego w styczniu 2013 roku. Mylne ostatecznie diagnozy (bądź częściowo mylne) stawiane przez innych lekarzy, do których M. W. (1) trafiał w styczniu 2013 roku (oceniane jako takie ex post), zauważa także drugi zespół biegłych. Powyższe nie wpływa jednak na wyłączenie odpowiedzialności oskarżonej (za jej konkretne decyzje podejmowane nocą w dniu 31stycznia 2013 roku), w żadnej także mierze nie można zasadnie twierdzić, by pomiędzy w/w opiniami zachodziły sprzeczności, bądź by w niedostateczny sposób, z medycznego punktu widzenia, nie odnosiły się do wszystkich okoliczności istotnych dla przedmiotowej sprawy.

Sam także wniosek o uzupełniającą ustną opinię wszystkich biegłych (konfrontację), został zgłoszony przez pełnomocnika oskarżycielki posiłkowej jedynie z ostrożności procesowej – jako „konieczność zadośćuczynienia” wytycznym zawartym w wyroku Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim w sprawie IV Ka.630/15. Wniosek nie zawierał żadnego dodatkowego uzasadnienia, tak ze strony pierwotnego jego autora, jak i ze strony obrońcy (który do wniosku się przyłączył). Sąd odwoławczy zauważa, iż w przywołanych wytycznych istotnie wskazano taki właśnie sposób skonfrontowania biegłych (ustny), jednak z racji na wagę nowo zgromadzonych dowodów (uzupełniające zeznania K. W. (1)) i ostateczną treść opinii pisemnych obu jednostek badawczych, wzajemnie się do siebie odnoszących, brak jest uzasadnienia dla przyjęcia, iż oddalenie w/w wniosku dowodowego, czy też brak zalecanej ustnej konfrontacji, stanowiły naruszenie procedury, o jakiej mowa w art. 438 pkt 2 k.p.k.

Wbrew stanowisku obrońcy, w sprawie nie doszło do błędnych ustaleń faktycznych, w szczególności w zakresie tego, jakimi dokładnie informacjami, co do przebiegu dotychczasowego leczenia M. W. (1) dysponowała J. Ł. (1). Skarżący nie artykułuje powyższego, jako naruszenia art. 7 k.p.k. przy ocenie tego osobowego materiału dowodowego, ale taką ocenę zeznań K. W. wskazuje uzasadnienia jego środka odwoławczego. W świetle opinii biegłych, także uzupełniających, kwestia ta jawi się jako bardzo istotna dla oceny zachowania oskarżonej. Sąd Okręgowy zważył, iż ocena zeznań K. W. (1) i przyznanie waloru wiarygodności zeznaniom tegoż świadka także złożonym w toku kolejnej rozprawy (już po uchyleniu pierwszego z wydanych w sprawie orzeczeń), jest prawidłowa i korzysta z ochrony przepisu art. 7 k.p.k., w szczególności taka ocena zeznań nie miała charakteru oceny dowolnej, lecz swobodnej, z uwzględnieniem wiedzy i zasad logiki. W pisemnych motywach wydanego orzeczenia, wyczerpująco odniesiono się do możliwych powodów, które mogłyby zniekształcić zeznania K. W. (1) i prawidłowo powyższe odrzucono. Obrońca podniósł, iż dopiero przy ponownym przesłuchiowaniu żony zmarłego, ujawniły się istotne dla rozstrzygnięcia w przedmiotowej sprawie kwestie przebiegu przeprowadzenia badania zmarłego przez oskarżoną, w szczególności w zakresie informacji, jakie w drodze wywiadu od oskarżonego i towarzyszącemu mu jego małżonki uzyskała J. Ł. (1) – co ma odbierać im walor wiarygodności. A. uwypukla, iż słuchana pierwotnie świadek K. W. (1) nie podała, że oskarżonej przekazano informacje o przebiegu dotychczasowego leczenia pacjenta, w szczególności o jego wizycie w przychodni udzielającej pomocy doraźnej i podanych środkach przeciwbólowych (tramal, papaweryna) w formie iniekcji. Tymczasem dokładna analiza zeznań żony zmarłego prowadzi do wniosku, iż pierwotnie świadek skupiła

się jedynie na wskazaniu placówek medycznych, które w styczniu 2013 roku odwiedził mąż oraz skoncentrowała się wokół przebiegu wezwania pogotowia nad ranem do nieprzytomnego już M. W. (1). Świadek nie mówiła nic na temat wywiadu przeprowadzonego przez oskarżoną podczas badania na (...)ze, bo też nikt ją o to nie pytał. Nie zeznała w szczególności, że wywiad był i przebiegał w inny sposób (ona lub mąż powiedzieli coś innego oskarżonej), by potem zmienić zdanie, lecz w ogóle nie opisywała szczegółowo przebiegu tego badania. Dopiero z czasem kwestia ta okazała się być newralgiczna i w tym kierunku pogłębiono materiał dowodowy. W tym także miejscu sąd odwoławczy pragnie przywołać jeszcze jeden argument, nie dostrzeżony przez sąd rejonowy, który dodatkowo potwierdza słuszność jego oceny zeznań K. W.. Otóż w swoich kolejnych zeznaniach, w których K. W. (1) opisywała już przebieg badania przeprowadzonego przez oskarżoną (w tym wywiadu lekarskiego) i podała, iż posiadała wówczas przy sobie dokumenty dotyczące leczenia męża oraz pokazywała je lekarzowi. Choć nie potrafiła początkowo wskazać, jakie to były dokumenty, to ostatecznie je opisała (uzasadniając powyższe bliskością czasowa pomiędzy opuszczeniem pomocy doraźnej a udaniem się na (...)). Konfrontując powyższe z wyjaśnieniami oskarżonej sąd odwoławczy zauważa, że i J. Ł. (1) wyjaśniając po raz pierwszy podała, iż „pacjent miał przy sobie dokumentację” (k.101), a po raz drugi, że żona pacjenta informowała ją o wizytach u lekarza (w liczbie mnogiej) oraz o dwukrotnym wzywaniu karetki pomiędzy wizytami i dwukrotnym udzielaniu pomocy przez (...), a ponadto, że miała „czysta kartkę” z zaznaczeniem, że pacjent „odczuwa bóle” (k.155). Pomijając już to, że na czystej kartce nie może być „nic” napisane oraz, że oskarżona z pewnością nie opisywała wówczas skierowania na oddział neurologiczny, owa „czysta kartka” to dodatkowy dokument posiadany w rękach przez żonę pacjenta podczas wywiadu - który ten zbagatelizował. Ostatecznie K. W. (1) stwierdziła, iż był to dokument „Informacja dla pacjenta” wstawiony jej mężowi przez dr L. J.. Widać na nim m. inn. nazwy „tramal” i „papaweryna”. Konsekwentnie także K. W. (1) twierdziła o przekazaniu oskarżonej informacji o dopiero co odbytej wizycie męża w poradni „doraźnej” i podanych zastrzykach. Taki wniosek jawi się dodatkowo zasadny z racji życiowego doświadczenia. Powyższe przeczy słowom oskarżonej, iż nie wiedziała o podanych pacjentowi, w istocie tuż przed jej badaniem, środkach przeciwbólowych. Ocena tego materiału dowodowego dokonana przez sąd rejonowy jest przekonująca. Pomijając już nawet kwestię podanych w zastrzykach środków przeciwbólowych, sama oskarżona przyznała iż wiedziała o licznych wizytach pokrzywdzonego w styczniu 2013 roku w placówkach medycznych i jednostkach ratunkowych. Dochowanie zasad staranności wymaganych od lekarza w chwili badania M. W. wymagało dokładnego odczytania wszystkich posiadanych przez rodzinę chorego dokumentów i dokładnego przeprowadzenie wywiadu z pacjentem i osobami mu towarzyszącymi. Sam obraz badania uzyskany przez oskarżoną był zafałszowany na skutek działania już wcześniej podanych domięśniowo środków przeciwbólowych, ale też w toku całego badania (tak przed, jak i po) pokrzywdzony odczuwał silne bóle. Gdyby było inaczej, po podaniu środków domięśniowo w pomocy „doraźnej”, nie zgłosiłby się ponownie na (...). Dodatkowo, co było widoczne dla otoczenia, pokrzywdzony obficie się pocił i miał problemy z poruszaniem się. Stan kliniczny pokrzywdzonego, charakter i nasilenie się znacznych dolegliwości bólowych, które zmuszały go do częstego poszukiwania pomocy medycznej w warunkach wieczornych i nocnych, powinny wzbudzić dodatkowy niepokój oskarżonej. Zwolnienie w tej sytuacji pokrzywdzonego do domu było decyzją przedwczesną i nieprawidłową. Wreszcie oskarżona nie zadbała o należyty wywiad, jak też nie zadbała o potrzebne zainteresowanie cierpiącym pacjentem, choćby tylko poprzez ustalenie, czy jego stan, odczuwalny subiektywnie, się poprawia. Po podaniu kolejnego medykamentu wróciła na swój oddział, na którym tej nocy sprawowała dyżur.

Nie ma racji obrońca, gdy podnosi, iż oskarżona nie dopuściła się błędu medycznego. Otóż dopuściła się go, choć na skutek braku należytej ostrożności. Lekarz obowiązany jest bowiem podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostyczno – terapeutyczne, jakie w danej chwili i warunkach są możliwe (także wówczas, gdy nie da się wykluczyć, że pacjent i tak mimo ich wdrożenia by zmarł). W chwili i warunkach badania M. W. (1) na (...)ze oskarżona niezasadnie zbagatelizowała informacje podawane przez pacjenta i jego żonę (posiadane przez nich dokumenty), co do ilości wizyt lekarskich, w tym miejsc i sposobów pomocy, jakiej zmuszony był szukać pokrzywdzony. Ilość ta, w połączeniu z innymi symptomami (problemy z poruszaniem się, zaznaczone na skierowaniu do szpitala, a jednocześnie brak patologicznych objawów neurologicznych, korzeniowych) potwierdzała intensywność dolegliwości bólowych pokrzywdzonego i dodatkowo nakazywała wobec tego konkretnego pacjenta dużo wyższy krytycyzm decyzyjny. Nie chodzi przy tym o to, iż widząc wszystkie powyższe oskarżona mogła mylnie ocenić stan zdrowia M. W. (1) i odesłać go do domu, lecz o to, iż przekazane w drodze wywiadu (oraz posiadanych dokumentów) informacje, nakazywały J. Ł. (1),

jako lekarzowi będącemu gwarantem sprawowania opieki wobec M. W. (1) w tym konkretnym momencie, podjęcie innych działań, przede wszystkim podjęcie decyzji o konieczności obserwacji pacjenta i innych.

(wdrożenia diagnostyki różnicowej). Tymczasem oskarżona zaniechała wdrożenia działań dostępnych jej, które jeśli nawet nie dawały pewności całkowitego odwrócenia niebezpieczeństwa, jakie zagrażało życiu M. W. (1), to przynajmniej dawały szansę jego ograniczenia, nawet w warunkach placówki (...) (choćby akcja resuscytacyjna, po pozostawieniu pokrzywdzonego w szpitalu).

Nie ma racji oskarżyciel publiczny, gdy podnosi, iż zebrany w sprawie materiał dowodowy uprawniał sąd do dokonania ustaleń, zgodnie z którymi J. Ł. (1) jako doświadczony lekarz neurolog z kilkudziesięcioletnim stażem, co najmniej przewidywała możliwość popełnienia czynu zabronionego, godząc się na pozostawienie pokrzywdzonego w stanie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w tym samym wyczerpała znamiona przestępstwa określonego w art. 160§ 2 k.k., W ocenie prokuratora o takim „godzeniu się” na narażenie pacjenta świadczy m. inn.: zaniechanie zlecenia hospitalizacji pokrzywdzonego na oddziale neurologicznym w celu obserwacji i wdrożenia diagnostyki różnicowej w sytuacji, gdy za potrzebą pogłębionej diagnostyki jego stanu zdrowia przemawiało wiele okoliczności (nieskuteczność dotychczasowego leczenia farmakologicznego - przeciwbólowego, utrzymywanie silnych dolegliwości bólowych, będących w dość krótkim czasie, także w godzinach nocnych i wieczornych przyczyną kilkakrotnych wizyt w poradni, wezwań pogotowia, pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym, trudności w poruszaniu się) oraz to, że pacjent zaledwie kilka godzin później zmarł z powodu pęknięcia tętniaka aorty brzusznej. Faktycznie, lekarz uświadamiający sobie stan chorobowy pacjenta oraz zagrożenie, jakie niesie on dla jego życia i zdrowia, który jednocześnie rezygnuje z udzielania mu pomocy, co najmniej godzi się na stworzenie bezpośredniego zagrożenie dla jego życia i zdrowia. Dla uznania jednak, że mamy go czynienia z owym „godzeniem się” (wina umyślna w zamiarze ewentualnym), niezbędnym jest udowodnienie, że lekarz świadomie nie podjął działań zmierzających do odwrócenia, ograniczenia lub neutralizacji zagrożenia i godził się na to, że taka bezczynność może powodować narażenie życia lub zdrowie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo. Innymi słowy, że miał świadomość, iż może dopuszczać się błędu lekarskiego narażającego pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia w rozumieniu wyżej przedstawionym. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego i dokonanych prawidłowo na jego podstawie ustaleń, nie wynika wcale, by J. Ł. (1) miała świadomość, na jakie skutki naraża M. W. (1) odsyłając go do domu (i co najmniej się na nie godziła). W żadnym także razie o tej świadomości wcale nie świadczą okoliczności przywołane przez prokuratora. To, że nie zaleciła jego hospitalizacji, czy wdrożenia podstawowej diagnostyki, jak też fakt, że pacjent umarł kilka godzin po badaniu, wcale nie przesadza o świadomości oskarżonej, której doszukuje się oskarżyciel publiczny. Do takiego wniosku dodatkowo prowadzą okoliczności utrudniające właściwą diagnostykę pokrzywdzonego, wskazane powyżej.

Jeżeli lekarz, nie mając zamiaru narażenia życia i zdrowia pacjenta, czyni to w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności i to niezależnie od tego, czy taki skutek przewidywał, czy tylko mógł i powinien go przewidzieć, odpowiada za działanie-zaniechanie z winy nieumyślnej (art. 9 § 2 k.k.). Takie też zachowanie oskarżonej - nieostrożne w sytuacji, gdy miała możliwość adekwatnego zachowania się i jednoczesnego przewidzenia skutku, do którego nieostrożność lub niedbalstwo może doprowadzić, wystąpiło w sprawie. Istniał cały szereg okoliczności, na podstawie których J. Ł. (1) nie powinna była bagatelizować stanu M. W. (1) i zachować większy krytycyzm diagnostyczny oraz ostrożność decyzyjną. W konsekwencji powyższego, zamiast zwolnić pokrzywdzonego do domu, winna zatrzymać go w szpitalu celem obserwacji i wdrożenia diagnostyki różnicowej (w szczególności konsultacji internistycznej, panelu podstawowych badań laboratoryjnych, EKG i badania obrazowego – ultrasonograficznego jamy brzusznej i RTG dolnego odcinka kręgosłupa). Przemawiały za tym właśnie wskazywane przez prokuratora: nieskuteczność dotychczasowego leczenia przeciwbólowego i utrzymywanie się silnych dolegliwości bólowych, będących w relatywnie krótkim czasie – także w godzinach nocnych i wieczornych – przyczyną kilkakrotnych wizyt w poradni, wezwań pogotowia, pobytu w (...), towarzyszące zespołowi bólowemu trudności w poruszaniu się, pocenie i brak patologicznych objawów neurologicznych, korzeniowych.

W ocenie Sądu Okręgowego wniesione apelacje uzasadniały zmianę zaskarżonego wyroku, nie tylko poprzez doprecyzowanie opisu czynu, lecz także poprzez zmianę orzeczonych wobec J. Ł. (1) kar i środków

karnych. Ocena powyższych, w uwzględnieniu nieumyślnego charakteru działań oskarżonej oraz splotu szeregu nietypowych okoliczności, które dodatkowo utrudniały dokonanie przez oskarżoną właściwej oceny stanu zdrowia pokrzywdzonego, uzasadniają przyjęcie, że wymierzone w sprawie kara i środek karny są niewspółmiernie surowe i to w stopniu rażącym, uzasadniającym ich korektę w toku postępowania odwoławczego. Na przedmiotową, jak się okazało błędną i ostatecznie przestępczą decyzję J. Ł. (1) miały wpływ takie okoliczności, jak postawiona pierwotnie mylna diagnoza M. W. (1), a w ślad za nią mylnie wystawione dla pokrzywdzonego skierowanie do szpitala na oddział neurologiczny. Treść dokumentacji lekarskiej załączonej do akt wskazuje, że błędne rozpoznanie choroby pokrzywdzonego postawił już w dniu 12 stycznia 2013 roku chirurg – ortopeda r J. D., stwierdzając, że pokrzywdzony cierpi na bóle kręgosłupa w przebiegu zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających. Podobne rozpoznanie postawił dr L. J. kierując pokrzywdzonego w dniu 31 stycznia 2013 roku właśnie na oddział neurologiczny. Powyższe okazało się być „niedźwiedzią przysługą”, bo z racji zasad pracy (...) szpitala, spowodowało, iż po stawieniu się pokrzywdzonego na (...) w dniu 31 stycznia 2013 roku, z racji takiego właśnie rozpoznania, to nie lekarz medycyny ratowniczej (...)u, lecz przywołany z oddziału neurologicznego lekarz neurolog, pełniący akurat nocny dyżur, miał zdecydować o dalszym losie pacjenta. Zdecydował – a dokładnie uczyniła to J. Ł. (2), że M. W. (1) na jej oddział się nie kwalifikuje – i była to ocena słuszna. Dolegliwości M. W. nie kwalifikowały go na oddział neurologii. Oskarżona została zawołana z macierzystego oddziału na (...) właśnie z powodu treści wystawionego skierowania. Choć, jak ustalono, w tym konkretnym wypadku decyzja oskarżonej zastępowała decyzję lekarza (...)u, czego J. Ł. miała świadomość, to jej działania były głównie skoncentrowane na zasadności (a dokładnie jej braku) umieszczenia pacjenta w reprezentowanym przez siebie oddziale. Z racji tego szczególnego splotu okoliczności M. W. (1) nie przechodził typowej drogi postępowania z pacjentami pojawiającymi się, jako osoby cierpiące, w nocy, na (...)rze. Nie badał go lekarz medycyny ratunkowej i nie zalecono przeprowadzenia podstawowego pakietu badań diagnostycznych, które zwyczajowo przeprowadzają lekarze oddziału ratunkowego. Wyniki badania przeprowadzonego przez oskarżoną były zafalszowane na skutek możliwego (częściowego choćby) działania podanych już wcześniej tego dnia środków przeciwbólowych. W ocenie stanu zdrowia pacjenta zabrakło w badaniu oskarżonej wystarczająco wnikliwego wywiadu oraz ostrożności i krytycyzmu. Nawet jednak prawidłowa ostrożność i krytycyzm, wcale nie gwarantowały ani prawidłowego rozpoznania schorzenia - bardzo trudnego do diagnostyki tętniaka aorty brzusznej, ani tym bardziej jego wyleczenia. Rokowania, nawet przy prawidłowym rozpoznaniu tej choroby są bardzo niepomyślne. Także w przypadku M. W. (1) były bardzo złe. Badanie miało miejsce w nocy, gdzie niejako przez przypadek i pierwotne nieprawidłowe (częściowo nieprawidłowe) rozpoznanie choroby, do bardzo poważnie chorego człowieka na problemy międzycowe, przywołano neurologa. Samą chorobę pokrzywdzonego (tętniak aorty brzusznej) cechowały nietypowe i niecharakterystyczne objawy, trudne do zdiagnozowania nawet dla lekarza chirurga. Decyzja oskarżonej, choć nieprawidłowa, nie była w tej sytuacji jakimś rażącym pogwałceniem podstawowych reguł postępowania lekarza. Nie nosiła cech działania wyjątkowo nieetycznego, czy jaskrawie sprzecznego z regułami postępowania. Poza brakiem zachowania wymaganej ostrożności decyzyjnej i diagnostycznej, wynikała także ze splotu szeregu niepomyślnych dla pokrzywdzonego okoliczności.

W tej sytuacji, nawet znając skutek w postaci śmierci M. W. (1), orzeczona kara pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania i środek karny pozbawiający J. Ł. (1) prawa do wykonywania zawodu lekarza, jawią się jako rażąco surowe. Właśnie z tych względów zdecydowano o uchynieniu orzeczonego zakazu wykonywania zawodu oraz orzeczono wobec w/w samoistną grzywnę, dostosowując ilość dziennych stawek do okoliczności czynu i stopnia jego społecznej szkodliwości, a wysokość stawki dziennej do możliwości zarobkowych oskarżonej.

O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o przepisy wskazane w części dyspozytywnej rozstrzygnięcia. W ocenie sądu wynik postępowania apelacyjnego uzasadniał zasądzenie od oskarżonej na rzecz oskarżycielki posiłkowej kosztów zastępstwa adwokackiego w postępowaniu odwoławczym, a sytuacja materialna oskarżonej uzasadniała pokrycie przez nią całości powstałych w sprawie kosztów sądowych.