

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 listopada 2023 r.

**Sąd Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim II Wydział Karny w składzie:**

Przewodniczący: Sędzia Joanna Cisak-Nieckarz

Protokolant: Anna Krawczyńska, Justyna Michalska

**przy udziale Prokuratora Prokuratury Okręgowej w Piotrkowie Trybunalskim – D. M., K. M.**

**po rozpoznaniu w dniach 30.08.2022 roku, 13.09.2022 roku, 15.11.2022 roku, 19.12.2022 roku, 30.10.2023 rok, 09.11.2023 roku**

**sprawy D. Z. syna K. i M. z domu Ż., urodzonego (...) w O.**

**oskarżonego o to, że:**

**w dniu 29 października 2020 roku w miejscowości K., gm. S., pow. (...), woj. (...), naraził M. K. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, mimo ciężącego na nim jako kierownika Z. (...) (...) obowiązku opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo poprzez opóźnienie tlenoterapii - niezabranie butli z tlenem z karetki po przyjeździe do domu pacjenta, pogłębienie niedotlenienia wskutek zwiększonego wysiłku - poprzez dopuszczenie, aby M. K. samodzielnie zszedł ze schodów, niepodanie leków przeciwgorączkowych, mimo wiedzy o zgłaszanych przy telefonicznym wezwaniu dolegliwościach pacjenta, w tym duszności i gorączce**

**tj. o czyn z art. 160 § 2 kk**

- oskarżonego D. Z. uniewinnia od popełnienia zarzucanego mu czynu;
- koszty procesu przejmuje na rachunek Skarbu Państwa.

## UZASADNIENIE

UZASADNIENIE			
Formularz UK 1	Sygnatura akt	II K 20/23	
Jeżeli wniosek o uzasadnienie wyroku dotyczy tylko niektórych czynów lub niektórych oskarżonych, sąd może ograniczyć uzasadnienie do części wyroku objętych wnioskiem. Jeżeli wyrok został wydany w trybie art. 343, art. 343a lub			

art. 387 k.p.k. albo jeżeli wnioski o uzasadnienie wyroku obejmuje jedynie rozstrzygnięcie o karze i o innych konsekwencjach prawnych czynu, sąd może ograniczyć uzasadnienie do informacji zawartych w częściach 3–8 formularza.			
<b>1. USTALENIE FAKTÓW</b>			
<b>1.1. Fakty uznane za udowodnione</b>			
Lp.	Oskarżony	Czyn przypisany oskarżonemu (ewentualnie zarzucany, jeżeli czynu nie przypisano)	
	D. Z.	oskarżony o czyn z art. 160 § 2 kk	
Przy każdym czynie wskazać fakty uznane za udowodnione	Dowód	Numer karty	
1. W dniu 19 października 2020 roku zachorował półtoraroczny wówczas A. K. (1) syn M. K. oraz A. K. (2), chłopiec dostał jelitówki. W dniu 21 października 2020 roku zachorowała A. K. (2), a kolejnego dnia M. K.. W dniu 22 października 2020 roku, tj. w czwartek M. K. utracił smak, miał katar i objawy przeziębienia. A. K. (2) koncentrowała się na opiece nad synem. M. K. leczył się samodzielnie. Funkcjonował zawodowo. Ograniczył aktywność	Zeznania świadka A. K. (2) Zeznania świadka A. K. (2)	24-24v, 425v, 426v 31-31v, 423v, 424v	

<p>zawodową w dniu 26 października 2020 roku, tego dnia robił zakupy spożywcze oraz w aptece. W rozmowie z siostrą A. K. (2), od 27 października 2020 roku M. K. skarżył się na ból głowy, twierdził, że ciężiej oddycha, upatrywał tych objawów od zatok. Gorączkował wieczorami do 38 stopni. W dniu 29 października 2020 roku M. K. zjadł śniadanie, wziął kąpiel, odpoczywał w sypialni, oczekując wizyty u lekarza laryngologa. Wizyta była umówiona na godz. 17.00. Siostra A. K. (2) zamierzała zawieźć brata do lekarza.</p>			
<p>2. W dniu 29 października 2020 roku około godz. 14.30 A. K. (2) ułożyła małego syna do snu. Usłyszała, że mąż M. K. ciężko oddycha. Miał kaszel. Mimo otwartego okna w sypialni, M. K. mówił, że brakuje mu powietrza. Był z nim logiczny kontakt. A. K. (2) zauważyła, że mężowi zaczynają sinieć usta, a na plecach pojawiły się fioletowe wybroczyny - mozaika.</p> <p>3. A. K. (2) – z zawodu lekarz weterynarii, którą wezwała A. K. (2), przyłożyła ucho do klatki piersiowej brata i do pleców. Po takim osłuchaniu stwierdziła, że M. K. może mieć zapalenie płuc. Szybciej oddychał,</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2)</p> <p>Zeznania świadka A. K. (2)</p>	<p>24v, 423v, 424v, 425v</p> <p>31-31v, 430v-431</p>	

<p> miał duszność. Osluchowo A. K. (2) stwierdziła, że brat ma tachykardię. Był rozpalony.</p>			
<p>4. Około godz. 15.00 A. K. (2) wezwała pogotowie ratunkowe. Oczekując przyjazdu karetki, A. K. (2) pakowała torbę, przygotowując rzeczy męża M. K. do szpitala.</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2) Zapis rozmowy z operatorem Protokół oględzin</p>	<p>24v, 425v Płyta – k. 69 95</p>	
<p>5. A. K. (2) wyszła przed bramę, oczekując karetki pogotowia.</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2)</p>	<p>31v, 424v</p>	
<p>6. Karetka pogotowia ratunkowego przybyła na miejsce wezwania o godz. 15.30.</p> <p>7. Do domu M. i A. małżonków K. weszli dwaj ratownicy medyczny, D. Z. – kierownik zespołu oraz P. S., wykonujący zadania kierowcy karetki pogotowia typu P. Ratownicy medyczni byli zabezpieczeni w kombinezony ochrony biologicznej, maski typu (...) i przyłbice. Ratownicy medyczni zabrali z karetki i wnieśli do domu pacjenta plecak, defibrylator, butlę z tlenem.</p> <p>8. Ratownicy weszli do sypialni, gdzie przebywał M. K.. Tam ratownik medyczny D. Z. przeprowadził wywiad z pacjentem na podstawie schematu (...) oraz badanie na podstawie schematu (...). Ratownik medyczny D. Z. zmierzył</p>	<p>Zeznania świadka M. S. Karta zlecenia wyjazdu (...) oraz Karta Medycznych Czynności Ratunkowych Wyjaśnienia oskarżonego Częściowo zeznania świadka A. K. (2)</p>	<p>109, 292v, 429 Koperta – k. 62, 117 281v-282 25</p>	

<p>pacjentowi parametry życiowe, oceniając jego tętno, osłuchując klatkę piersiową, mierząc ciśnienie, poziom glikemii, poziom saturacji temperaturę i inne wynikające ze schematu. Parametry zostały wpisane do Karty Medycznych Czynności Ratunkowych. Pacjent miał bardzo wysoką gorączkę na poziomie powyżej 40 stopni. Poziom (...) był niski i wynosił 50%. Przy osłuchu - były trzeszczenia. Pało pytanie: „gdzie się pan tak doprawił”, M. K. zaczął opowiadać, że był na rowerze, co sprostowała jego żona A. K. (2), podnosząc że tak nie było. M. K. zaczął szybko oddychać, był pobudzony. Ratownicy medyczni doradzali zachowanie spokoju.</p>			
<p>9. Ratownicy medyczni polecieli A. K. (2) oraz M. K. założenie maseczek chirurgicznych.</p> <p>10. Zapadła decyzja o zejściu na dół, podjęli ją ratownicy medyczni.</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2)</p>	<p>25, 305v, 425v-426</p>	
<p>11. M. K. zszedł po schodach o własnych siłach, za nim podążała żona A. K. (2). Jako pierwszy schodził ratownik medyczny, który asekurował pacjenta.</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2)</p>	<p>25, 305v, 306, 306v, 426</p>	

<p>12. Ratownik medyczny D. Z. założył M. K. wenflon. Poleciał A. K. (2) przytrzymywanie pleców pacjenta. Ratownik przepłukał wenflon solą fizjologiczną. Oddech M. K. uspokoił się. Ratownik medyczny D. Z. poleciał A. K. (2) przywołanie drugiego ratownika, który przygotowywał transport do szpitala. Pacjent M. K. został ułożony na podłodze, A. K. (2) przytrzymywała głowę męża.</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2)</p>	<p>24v-25, 306</p>	
<p>13. U pacjenta nastąpiło nagłe zatrzymanie krążenia. Zaczęła się reanimacja. Ratownicy poprosili o zespół typu S, ponieważ był zajęty do pacjenta zadysponowano Lotnicze Pogotowie (...). Na miejscu pojawiła się straż pożarna celem zabezpieczenia miejsca lądowania śmigłowca (...). Strażacy wsparli zespół ratownictwa medycznego butlą z tlenem oraz uczestniczyli w akcji reanimacyjnej poprzez pośredni masaż serca uciskając klatkę piersiową.</p>	<p>Zeznania świadka M. S.</p>	<p>109</p>	
<p>14. Około godziny 16.00 zespół (...) otrzymał wezwanie do pacjenta nieprzytomnego w miejscowości K.. Zachowano procedury co do czasu startu śmigłowca od momentu przyjęcia zgłoszenia. Zespół dotarł</p>	<p>Zeznania świadka A. W. Częściowo zeznania świadka M. S. Karta Medyczna L.</p>	<p>140-141, 427v-428 109 Koperta – k. 13</p>	

do pacjenta po 16 minutach.

15. Na miejscu lekarz z zespołu (...) zastał mężczyznę około lat 40 w trakcie reanimacji krążeniowo-oddechowej prowadzonej przez Zespół (...). Pacjent był zaintubowany, podłączony do respiratora, prowadzono pośredni masaż serca, pacjent miał podawane płyny dożylnie oraz leki - adrenalinę. Lekarz potwierdził obecność rurki intubacyjnej w tchawicy, płuca były osłuchowo symetryczne z trzeszczeniami. Lekarz podłączył kapnometrię. W wywiadzie zebrany od zespołu pogotowia P reanimacja (...) była prowadzona od około 30 minut. W chwili przybycia zespołu pogotowia P pacjent był niewydolny oddechowo i w trakcie wizyty nastąpiło nagłe zatrzymanie krążenia. Od zespołu P lekarz powziął informację, że pacjent od kilku dni gorączkował, miał objawy infekcji górnych dróg oddechowych. W dniu dzisiejszym nastąpiło szybkie pogorszenie stanu ogólnego. Przez około 30-40 minut lekarz prowadził dalej (...), podawano adrenalinę co około 4 minuty, atropinę, wykonał USG. Nie stwierdzono ruchów serca, wykluczono tamponadę serca i odmę. Przez

<p>cały czas reanimacji oddechowo-kръżeniowej występowała asystolia – brak czynności elektrycznej serca. Nie uzyskano powrotu czynności serca. Łączny czas (...) trwał ponad godzinę. Lekarz stwierdził zgon.</p> <p>16. Czynności podejmowane przez lekarza zostały opisane w karcie czynności medycznych L..</p>			
<p>17. Przyczyną zgonu M. K. był zespół ostrej niewydolności oddechowej ( (...)) w przebiegu COVID-19. U pacjenta występowały czynniki ryzyka złego rokowania COVID-19, mianowicie: otyłość, miażdżyca naczyń wieńcowych, przerost mięśnia serca i jego zmiany włókniste odpowiadające najpewniej przewlekłemu niedokrwieniu, co uwrażliwiało pacjenta na działanie hipoksji (niedotlenienia). Nagłe zatrzymanie krążenia, które poprzedzało zgon było (najprawdopodobniej) spowodowane głęboką hipoksją (niedotlenieniem tkanek) z niewydolności oddechowej w przebiegu zapalenia płuc. W przebiegu (...)19 w takim mechanizmie, po wyczerpaniu możliwości kompensacji oddechowej,</p>	<p>Opinia zespołu biegłych (...) w W.</p> <p>Protokół sądowo-lekarskiej sekcji zwłok</p>	<p>550-566</p> <p>111-113</p>	



często dochodzi do nagłych zgonów bez uprzedniego oczywistego klinicznie, stopniowego narastania objawów niewydolności. Pacjenci zwykle nie odczuwają adekwatnie duszności pomimo występujących już gazometrycznych wykładników niewydolności oddechowej i do czasu załamania stanu zdrowia funkcjonują w miarę sprawnie. Szanse na uniknięcie zgonu w tym przypadku dawało jedynie dużo wcześniejsze rozpoczęcie leczenia ostrej niewydolności oddechowej - jeszcze przy braku rozległych, destrukcyjnych zmian mięszu płucnego - w warunkach szpitalnych z wykorzystaniem tlenoterapii wysokoprzepływowej lub respiratoroterapii. Tak rozległe zmiany w płucach jak stwierdzone u M. K. wykluczały poprawę stanu pacjenta w wyniku tlenoterapii biernej (tlen na maskę z rezerwuarem), czyli takiej która była możliwa do zastosowania przez zespół ratowniczy (bez lekarza) w miejscu wezwania. Uszkodzona przez infekcję bariera pęcherzykowo-włośniczkowa w znacznym stopniu uniemożliwia przenikanie tlenu do krwi bez zastosowania specjalistycznych, zaawansowanych metod wentylacji. Strategie

<p>leczenia niewydolności oddechowej stwarzające w takim przypadku – jak pacjenta M. K. - szansę na wymierne natlenowanie krwi, poprawę stanu klinicznego i wzrost szans na przeżycie obejmują, z metod nieinwazyjnych głównie donosową tlenoterapię wysokoprzepływową, a w przypadku wysokiego ryzyka załamania się stanu pacjenta intubację i wentylację inwazyjną pozwalającą na rekrutację (rozklejenie) zapadniętych, nieuczestniczących w wymianie oddechowej pęcherzyków płucnych. Zastosowanie respiratoroterapii w warunkach Zespołu (...) (bez lekarza) ograniczone jest do utraty przytomności pacjenta, czyli jak w tym przypadku: nagłego zatrzymania krążenia.</p>			
<p>18. Czynności podejmowane przez ratowników medycznych zostały opisane w Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych, w której ratownik medyczny D. Z. odnotował m.in.:</p> <p>w części (...):</p> <p>a/ czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wentylacja workiem</li> <li>- intubacja</li> <li>- respirator</li> </ul>	<p>Karta Medycznych Czynności Ratunkowych</p> <p>Protokół oględzin</p>	<p>Koperta k. 62, 117</p> <p>86</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- masaż serca</li> <li>- EKG</li> <li>- linia żył. obw.</li> <li>- monitorowanie</li> </ul> <p>b/ zastosowane leki, wyroby medyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adrenalina 6 mg iv</li> <li>- Atropina 3 mg;</li> <li>- NaCl 0,9% 500 ml iv.</li> </ul>			
<p>19. Badania kliniczne pacjenta M. K. prowadzone przez ratownika medycznego D. Z. były prawidłowe. Polecenie pacjentowi w stanie ostrej niewydolności oddechowej samodzielnego zejścia po schodach, czy chociażby przystanie na taki pomysł i brak powstrzymania pacjenta było postępowaniem nieprawidłowym, podobnie jak opóźnienie wdrożenia tlenoterapii aż do wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia. Zatrzymanie krążenia u pacjenta zostało natychmiast rozpoznane prawidłowo i prawidłowo rozpoczęto resuscytację. Dawkowanie adrenaliny, interwały pomiędzy kolejnymi dawkami były prawidłowe. Decyzja o podaży leku o nazwie atropina była nieprawidłowa. Biorąc pod uwagę duże zaawansowanie zmian</p>	<p>Opinia zespołu biegłych (...) w W.</p>	<p>550-566</p>	

chorobowych w płucach M. K., nawet niezwłoczne (jeszcze na piętrze mieszkania) zastosowanie tlenoterapii biernej w jej najskuteczniejszej postaci, na maskę z rezerwuarem, z maksymalnym przepływem i zniesienie pacjenta po schodach, nie gwarantowałyby wymiernego wzrostu wysycenia krwi tlenem i uniknięcia zatrzymania krążenia u M. K.. Brak podstaw do przyjęcia, że taki jednorazowy, krótkotrwały wysilek czy też nie zastosowanie tlenoterapii biernej przed zejściem pacjenta na dół miały realny wpływ na stopień niewydolności oddechowej lub przyczynił się do takiego jej zaostrzenia, żeby to z właśnie tego powodu życie i zdrowie pacjenta było bezpośrednio zagrożone. Nawet alternatywne postępowanie prawidłowe nie dawało gwarancji uratowania życia i nie niosło ze sobą realne, istotne zwiększenie szans na przeżycie pacjenta M. K.. Wyliczone wyżej nieprawidłowości po stronie ratownika medycznego D. Z. nie zmieniały w sposób istotny poziomu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia w jakim z powodu choroby znalazł się M. K.. Nie ma podstaw do przyjęcia, że alternatywne postępowanie prawidłowe możliwe do zastosowania

w tej sytuacji (podanie tlenu na piętrze, zniesienie pacjenta) miałyby realny, pozytywny wpływ na poziom zagrożenia życia i zdrowia. Podanie w trakcie akcji resuscytacyjnej atropiny i 0,9% NaCl nie miało realnego wpływu na szanse powodzenia akcji ratunkowej, ani poziom bezpośredniego niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjenta. Z klinicznego punktu widzenia, takie działania w trakcie zatrzymania akcji serca (początkowo z aktywnością elektryczną bez tętna, a następnie asystolią) pozostawały bez wpływu na procesy patofizjologiczne. Podany przy zatrzymanym krążeniu płyn nie wpływał na gospodarkę wodno-elektrolitową poza pewnego stopnia wypełnieniem łóżyska naczyniowego. Atropina została wprawdzie wycofana z algorytmu resuscytacji ze względu na brak udokumentowanego badaniami pozytywnego efektu terapeutycznego w asystolii, jednak równocześnie nie wykazano negatywnego efektu jej zastosowania na rokowania przeżycia pacjentów reanimowanych. W asystolii (braku jakiegokolwiek czynności elektrycznej serca) działanie to nie mogło się realizować, a zatem jej podaż nie miała żadnego znaczenia klinicznego.

<p>Nie ma podstaw jest wystarczających podstaw do przyjęcia aby nieprawidłowości postępowania kierownika zespołu ratunkowego D. Z. naraziły M. K. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.</p>			
<p>20. A. K. (2) powiadomiła szwagierkę A. K. (2) o śmierci męża. A. K. (2) udała się do domu brata i bratowej. Na miejscu był już A. G. – ojciec A. K. (2).</p> <p>21. A. K. (2) ujawniła w miejscu reanimacji brata ampułkę po atropinie podanej pacjentowi podczas reanimacji.</p>	<p>Zeznania świadka A. K. (2) Protokół oględzin</p>	<p>31v, 154 94</p>	
<p>22. D. Z. nie był karany.</p>	<p>Karta karna</p>	<p>216</p>	
<p>1.2. <b>Fakty uznane za nieudowodnione</b></p>			
<p>Lp.</p>	<p>Oskarżony</p>	<p>Czyn przypisany oskarżonemu (ewentualnie zarzucany, jeżeli czynu nie przypisano)</p>	
<p>Przy każdym czynie wskazać fakty uznane za nieudowodnione</p>	<p>Dowód</p>	<p>Numer karty</p>	
<p>2. <b>OCena DOWOdów</b></p>			

<p><b>2.1. Dowody będące podstawą ustalenia faktów</b></p>			
<p>Lp. faktu z pkt 1.1</p>	<p>Dowód</p>	<p>Zwięźle o powodach uznania dowodu</p>	
<p>6-8</p>	<p>Częściowo wyjaśnienia oskarżonego</p>	<p>Wyjaśnieniom oskarżonego należy co do zasady przyznać walor wiarygodnych. Czynności podejmowane przez zespół ratowników, na czele z oskarżonym D. Z. zostały ujawnione w Karcie Ratowniczych Czynności Medycznych, sporządzonej – jak wskazuje podpis przez oskarżonego. Zapisy w karcie wskazują, iż na miejscu odebrano wywiad co do stanu pacjenta, przeprowadzono badania, zaznaczono podejmowane czynności, oraz zastosowane leki i środki medyczne. Wyjaśnienia oskarżonego w znakomitej części koncentrują się wokół zapisów w Karcie, o czym oskarżony otwarcie wspomina. Co do zasady korespondują z jej treścią, poza wyjątkiem dotyczącym tlenoterapii. Oskarżony podnosi, iż pacjentowi podano tlen wyrażając wątpliwość co do tego, czy miało to miejsce w pokoju gdzie prowadzono wstępne czynności, czy też po zejściu na dół, odwołując się w tym zakresie do niepamięci. W zestawieniu z zeznaniami świadka</p>	

A. K. (2), w obecności której ratownicy medyczni realizowali swoje czynności, wyjaśnienia w tej części wypadają nieprzekonywująco.

Przeczą im nadto zapiski w Karcie Czynności Medycznych. Wprawdzie oskarżony przekonuje, iż jest to efekt przeoczenia, co jest nie do pogodzenia nie tylko zasadami logiki, co zapewnieniami świadka M. S. – innego członka zespołu ratowniczego, współpracownika oskarżonego, który podkreślał tak profesjonalizm, jak i dużą skrupulatność oskarżonego w realizacji swoich obowiązków. Sugerowana przez oskarżonego pomyłka co do maski tlenowej, a chirurgicznej na wyjaśnienie rozbieżności w przekazach oskarżonego i świadka A. K. (2) są nieprzekonywujące. Stan epidemii wywołanej wirusem S.-C.(...)i związanych z tym obostrzeniach, w tym rygorystycznym nakazie noszenia maseczek chirurgicznych, spopularyzował te na tyle, że stały się standardowym wyposażeniem niemalże każdej domowej apteczki. Dużym nieporozumieniem jest budowanie wersji o możliwej pomyłce co do maseczki chirurgicznej. Z dużą ostrożnością należy traktować wypowiedz oskarżonego także w takim zakresie w jakim



przekonuje, iż decyzja pokrzywdzonego o zejściu po schodach była decyzją pacjenta, przekaz ten także pozostaje w opozycji do zeznań świadka A. K. (2). Zeznania A. K. (2) są stanowcze poczynając od pierwszej relacji, kiedy to świadek podała, że po pierwsze zapadła decyzja o zejściu na dół, pokrzywdzony schodził samodzielnie, niejako asekurowany przez jednego z ratowników medycznych. Po wtóre, podczas reanimacji męża polecono jej zakręcenie butli z tlenem, która była przygotowana do podania, ale tlenu nie podano. Nie bez znaczenia jest etap postępowania na jakim padła wypowiedź tej treści. Zaznaczyć należy, iż przesłuchanie świadka miało miejsce przed wywołaniem opinii biegłego z zakresu ratownictwa medycznego, na jakiej zasada się zarzut i teza postawiona w akcie oskarżenia o uchybieniach po stronie ratownika medycznego. Nie sposób nie dostrzec, że wyjaśnieniom oskarżonego w zakresie odnoszącym się do kwestii wypunktowanych przez biegłego z zakresu ratownictwa medycznego, stanowiących następnie kanwę zarzutu, nie można dać bezkrytycznej wiary, ale traktować z dużą ostrożnością. Wprawdzie wnioski opinii zespołu

		<p>biegłych (...) we W. wskazują, iż nie ma możliwości oceny jak istotne znaczenie nieprawidłowości te miały dla wyjściowo głębokiej niewydolności oddechowej, ani w jakim stopniu mogły zwiększyć dług tlenowy, o czym szerzej w dalszej części uzasadnienia. Niejako dla porządku, w tej części uzasadnienia poświęconej ocenie dowodów, odniesiono się do wyjaśnień oskarżonego.</p>	
1-4, 8-12	Zeznania świadka A. K. (2)	<p>Zeznaniom wskazanych świadków należy przyznać walor wiarygodnych, są bowiem spójne, logiczne, wzajemnie korespondują, bądź uzupełniają stanowiąc logiczną całość. Jako wiarygodny i rzeczowy materiał dowodowy, wsparty dowodem obiektywnym w postaci protokołu oględzin miejsca, posłużyły do rekonstrukcji zdarzeń istotnych w przedmiotowej sprawie. W konfrontacji z zeznaniami wskazanych świadków ocenie poddano wyjaśnienia oskarżonego.</p>	
1-3, 5, 20-21	Zeznania świadka A. K. (2)	<p>Zeznania wskazanego świadka posłużyły do rekonstrukcji tych faktów, które rozegrały się z udziałem, bądź w obecności świadka. Te należy ocenić pozytywnie, są konsekwentne, spójne logiczne. Znajdują wsparcie w innych</p>	

		<p>dowodach, w tym zeznaniach świadka A. K. (2), której relacja ma najwyższy walor, jako obserwatora istotnych w sprawie faktów.</p>	
	<p>Zeznania świadka A. G. Zeznania świadka A. G.</p>	<p>Zeznania wskazanych świadków mają w realiach tej sprawy znaczenie pomocnicze. Wiedza świadków, tak co do stanu zdrowia pokrzywdzonego M. K., jak i czynności podejmowanych przez ratowników medycznych zasada się wyłącznie na przekazie innych osób, z naciskiem na A. K. (2) – córkę świadków. Świadców nie byli obecni w domu córki ani w trakcie choroby zięcia, ani podczas interwencji pogotowia ratunkowego. Relacje te są jednak istotne w procesie oceny zeznań bezpośredniego świadka A. K. (2). Przekaz wskazanego świadka, co do stanu zdrowia pokrzywdzonego w okresie poprzedzającym interwencje ratowników medycznych, faktu iż pokrzywdzony samodzielnie zszedł do salonu – tak w relacjach: osobom najbliższym (tutaj świadkom), jak i w znaczeniu procesowym, są tożsame. Przekaz procesowy rozbudowany, uszczegółowiony, co zapewne wynika ze sposobu przesłuchania, niemniej tożsame. W tym też znaczeniu</p>	

		<p>zeznania wskazanych świadków mają znaczenie w sprawie. Stanowią dodatkowy argument nakazujący pozytywną ocenę zeznań A. K. (2).</p>	
14, 15	Zeznania świadka A. W.	<p>Zeznaniom wskazanego świadka należy przyznać walor wiarygodnych. Świadek relacjonuje co do okoliczności znanych mu z tytułu obowiązków zawodowych. Relacja ta koncentruje się wokół czynności podejmowanych przez świadka podczas reanimacji pacjenta – pokrzywdzonego w tej sprawie, w następstwie zaangażowania na wezwanie zespołu pogotowia ratunkowego typu podstawowego. Posłużyły do rekonstrukcji wyłącznie tych faktów, które rozegrały się z udziałem świadka. Jego wiedza co do okoliczności poprzedzających, a w szczególności działań ratowników medycznych zasadza się wyłącznie na przekazie wskazanych, koniecznym dla dalszych czynności lekarza. Jego zadania polegały na przejęciu i kontynuowaniu, we współdziałaniu z ratownikami.</p>	
7, 8, 13, 14	Zeznania świadka M. S.	<p>Zeznaniom wskazanego świadka należy przyznać walor wiarygodnych w zakresie w jakim znajdują wsparcie w innych dowodach. Świadek</p>	

		<p>odwołuje się często w swoich wypowiedziach do niepamięci. Nie sposób ocenić na ile postawa ta wynika z rzeczywistych luk pamięciowych podyktowanych wpływem czasu oraz wielości zadań, a przypomnieć należy, że świadek relacjonuje o aktywności zawodowej ratowników wobec pokrzywdzonego (także własnych zadaniach), a na ile jest to postawa asekuracyjna. Nie zmienia to faktu, że w zakresie w jakim świadek wspomina o wejściu do domu pacjenta, zabranym sprzęcie, akcji reanimacyjnej prowadzonej wobec pacjenta, zwłaszcza po przyjeździe zespołu (...), zeznania te spójne z innymi dowodami i jako takie stanowią wiarygodny, bo rzeczowy materiał dowodowy.</p>	
4, 18, 21	Protokoły oględzin	Dokumenty sporządzone po myśli art. 143 § 1 pkt 3 kpk, oddają przebieg czynności dowodowych.	
14-16, 18	Karty czynności medycznych	Dowody z dokumentów nie budzące wątpliwości co do autentyczności, pozyskane od ich wystawców w oryginałach.	
4	Nagranie zgłoszenia interwencji medycznej - płyta	Dowód zabezpieczony na etapie postępowania przygotowawczego, nie podstaw do kwestionowania sposobu jego zabezpieczenia, ani	

		<p>wartości dowodowej. Prowadzenie dowodu z nagrania nie narusza żadnego z zakazów dowodowych znanych Kodeksowi postępowania karnego. Nie ma podstaw do uznania dowodu za niedopuszczalny w trybie art. 168a kpk.</p>	
22	Karta karna	Dowód z dokumentu o randze urzędowego.	
17, 19	Opinia zespołu biegłych Katedry (...) (...) we W.	<p>Wnioski opinii należy podzielić. Opinia jest jasna, pełna, wewnętrznie niesprzeczna. Pochodzi od osób fachowych i bezstronnych. Zasadza się na analizie dokumentacji medycznej przedstawionej do analizy badawczej na tle dowodów z osobowych źródeł dowodowych. Traktuje o wszystkich zagadnieniach przedstawionych biegłym do zaopiniowania. Nie tylko odtwarza czynności podejmowane przez oskarżonego (ratownika medycznego), ale podaje je ocenie z punktu widzenia zgodności z regułami właściwymi dla ocenianej grupy zawodowej. Kompletność opinii gwarantuje udział w zespole opiniującym tak specjalisty z zakresu ratownictwa medycznego i kardiologii, co istotne w realiach tej sprawy, ale także szerzej – biegłych z zakresu medycyny sądowej. Zespół specjalistów z kilku dziedzin jest swoistego</p>	

rodzaju gwarantem kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta M. K. w momencie podjęcia działań przez ratowników medycznych, co istotne dla oceny ewentualnego związku między ujawnionymi nieprawidłowościami po stronie ratownika medycznego, a pogarszającym się stanem zdrowia pacjenta, a następnie jego śmiercią. Zastrzeżenia złożone do opinii zespołu biegłych przez oskarżycieli: publicznego oraz posilkowych koncertują się wokół okoliczności nieistotnych w tej sprawie, względnie takich, co do których biegli zajęli stanowisko. Jak już zaznaczono opinia nie wykazuje braków, biegli odtworzyli całokształt działań ratowników medycznych wskazując jednocześnie czy miały wpływ na pogarszający się stan zdrowia pokrzywdzonego. Szerzej należy odnieść tylko do zastrzeżenia oskarżyciela publicznego o udostępnieniu zespołowi biegłych opinii biegłego ratownika medycznego, podkreślić należy, iż biegłym udostępniono wyłącznie protokół rozprawy, w toku której wysłuchano uzupełniająco biegłego z zakresu ratownictwa medycznego. Zespół biegłych, poza odnotowaniem faktu udostępnienia tego

		<p>protokołu nie odniósł się w żaden sposób do wypowiedzi biegłego ratownika pochodzącej z rozprawy.</p> <p>Zaprezentowany przez zespół biegłych sposób analizy przedstawionego materiału badawczego, opis wnioskowania nie pozostawia żadnych wątpliwości, iż wypowiedź biegłego ratownika medycznego złożona na rozprawie nie miał żadnego wpływu na sposób pracy zespołu biegłych Katedry Medycyny Sądowej i Zakładu Medycyny Sądowej (...) we W., ani wyprowadzone przez biegłych wnioski.</p>	
17	Protokół sądowo-lekarskiej sekcji zwłok	Wnioski opinii należy podzielić, jest jasna, pełna, wewnętrznie niesprzeczna.	
<p><b>2.2. Dowody nieuwzględnione przy ustaleniu faktów (dowody, które sąd uznał za niewiarygodne oraz niemające znaczenia dla ustalenia faktów)</b></p>			
Lp. faktu z pkt 1.1 albo 1.2	Dowód	Zwięźle o powodach nieuwzględnienia dowodu	
	Opinia biegłego ratownika medycznego P. D.	Dowód z opinii wskazanego biegłego nie stanowił podstawy ustaleń faktycznych w tej sprawie, chociaż godne odnotowania jest, iż sam proces otworzenia	



– w oparciu o dowody z dokumentacji medycznej oraz osobowe źródła dowodowe, działań ratowników medycznych w tym oskarżonego, jest zasadniczo zbieżny z zaprezentowanym przez zespół biegłych. Uzupelniająca opinia biegłego złożona na rozprawie głównej w dniu 13.09.2022 roku w zakresie w jakim biegły odniósł się do zagadnień traktujących o narażeniu pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, wprost podał, iż nie zastanawiał się, czy oczekiwane i właściwe, zgodne ze sztuką postępowanie ratownika medycznego miałyby wpływ na stan pacjenta, czy kolokwialnie, za biegłym „pomogłoby czy nie, istotne jest czy to zostało zrobione czy nie”. Ta krótka wypowiedź biegłego dyskwalifikuje wnioski wyrażone przez tegoż w opiniach pisemnych o narażeniu pokrzywdzonego na skutki kompletujące znamiona występu z art. 160 § 1 i 2 kk, o istocie którego wskazano w dalszej części uzasadnienia. Opinie biegłego są zatem wewnętrznie sprzeczne, a nadto niepełne. Biegły ostatecznie, krytycznie wskazał, iż wnioskowanie o skuteczności działania ratownika medycznego wykracza poza

		kompetencje biegłego (k. 445v). Uzupełniająca opinia złożona na rozprawie była przyczynkiem do wywołania dowodu z opinii innego biegłego (tutaj zespołu biegłych).	
<b>3. PODSTAWA PRAWNA WYROKU</b>			
	Punkt rozstrzygnięcia z wyroku	Oskarżony	
#	3.1. Podstawa prawna skazania albo warunkowego umorzenia postępowania zgodna z zarzutem		
Zwięźle o powodach przyjętej kwalifikacji prawnej			
#	3.2. Podstawa prawna skazania albo warunkowego umorzenia postępowania niezgodna z zarzutem		
Zwięźle o powodach przyjętej kwalifikacji prawnej			
#	3.3. Warunkowe umorzenie postępowania		
Zwięźle wyjaśnienie podstawy prawnej oraz zwięźle o powodach warunkowego umorzenia postępowania			

#	3.4. Umorzenie postępowania		
Zwięzłe wyjaśnienie podstawy prawnej oraz zwięzłe o powodach umorzenia postępowania			
#	3.5. Uniewinnienie		
Zwięzłe wyjaśnienie podstawy prawnej oraz zwięzłe o powodach uniewinnienia			
<p>Rzecznik oskarżenia stawia D. Z. zarzut popełnienia występku z art. 160 § 2 kk.</p> <p>Ustawodawca w art. 160 § 1–3 Kodeksu karnego nie określa sposobu zachowania się sprawcy realizującego znamiona typu czynu zabronionego, z tym zastrzeżeniem, że sprawca występku z art. 160 § 2 kk musi mieć prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia powstaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pokrzywdzonego, bez względu na źródło tego niebezpieczeństwa. Strona przedmiotowa analizowanych występków ma polegać na „narażaniu” człowieka. Na różne możliwości zrealizowania znamienia narażenia zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z</p>			

14.07.2011 r., III KK 77/11, OSNKW 2011/10, poz. 94. Sąd Najwyższy orzekł: „Znamię narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o którym mowa w art. 160 § 1 kk, może zostać zrealizowane w jeden z trzech sposobów: przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie, a także – w przypadku gwaranta nienastąpienia skutku przy przestępstwach z zaniechania – przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia”.

Przestępstwa określone w art. 160 § 1–3 mają charakter skutkowy. Do dokonania tych przestępstw konieczne jest wystąpienie skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia człowieka albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (wyrok SA w Łodzi z 10.09.2015 r., II AKa 162/15, LEX nr 1808686). W wypadku skutku w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszczerbku na zdrowiu chodzi o uszczerbek na zdrowiu określony w art. 156 § 1 kk. Do znamion tych typów czynów zabronionych nie należy naruszenie dobra prawnego (wyrok SN z 24.09.2015 r., V KK 228/15, LEX nr 1808548). Omawiane typy

przestępstw należą do kategorii konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo.

Niebezpieczeństwo jest więc rozumiane jako pewna obiektywna sytuacja, czyli pewien szczególny układ rzeczy i zjawisk, z którego rozwojem zachodzi wysokie

prawdopodobieństwo

nastąpienia uszczerbku

w dobrze prawnym,

i tak rozumiane

niebezpieczeństwo jest

znamieniem typu czynu

zabronionego i musi być

w każdym postępowaniu

ustalone dla przyjęcia

odpowiedzialności za

dokonanie. Ten układ

musi charakteryzować się

dynamicznym rozwojem,

nie może więc być

układem względnie

stabilnym. Zasadniczą

bowiem cechą

niebezpieczeństwa jest

to, że sytuacja, która

pojęcie to określa, ma

właściwość przechodzenia

w inny stan. Istotą

niebezpieczeństwa jest

nie tylko to, że jest

samo zmianą w świecie

zewnętrznym, lecz także

to, że prowadzi również

do dalszej zmiany (wyrok

SN z 3.12.1999 r.,

II KKN 377/97, Prok.

i Pr. 2000/4, poz.

2). Niebezpieczeństwo, o

którym mowa w art.

160 kk, ma charakter

niebezpieczeństwa

indywidualnego, tzn.

zagroza określonymi w

ustawie skutkami

indywidualnie określonej osobie. Zagrożenie dla indywidualnie oznaczonej osoby lub oznaczonych osób jest cechą tego niebezpieczeństwa wynikającą z konkretności zagrożenia, a nie jest warunkiem wystarczającym dla odróżnienia tej kategorii niebezpieczeństwa od niebezpieczeństwa powszechnego, w znaczeniu np. art. 163–165, 173 i 174. Cechą rozgraniczającą niebezpieczeństwo indywidualne od niebezpieczeństwa powszechnego jest wielość zagrożonych osób (zob. K. Buchała, *Przestępstwa...*, s. 63–64, a także wyrok SA w Katowicach z 18.10.2001 r., II AKa 372/01, Prok. i Pr. 2002/7–8, poz. 28).

Skutkiem, o którym mowa w art. 160 § 1–3 kk, jest spowodowanie zagrożenia nie tylko w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, lecz także wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa. W szczególności będzie to miało miejsce wtedy, gdy sprawca zobowiązany do zapobiegnięcia niebezpieczeństwu zaniecha wykonania ciążącego na nim

prawnego, szczególnego obowiązku (np. lekarz, wbrew obowiązkowi wynikającemu ze stanu zdrowia chorego, odmawia przyjęcia go do szpitala, zwiększając w ten sposób istotnie zagrożenie dla jego życia). Inaczej A. D., Problemy..., s. 127. Trafnie ten problem ujął M. B. (Prawnokarne..., s. 125 i n.): „W wypadku zaniechania wymaganych działań przez gwaranta nienastąpienia skutku, skutek co do przestępstw materialnych dokonanych przez zaniechanie będzie polegał zarówno na wywołaniu stanu zwiększającego owo niebezpieczeństwo, jak i na utrzymaniu się poziomu owego niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania. 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”.(M. Filar, Odpowiedzialność..., s. 33; S. Rutkowski, Wybrane..., s. 71 i n., oraz wyrok SN z 5.04.2013 r., IV KK 43/13,

LEX nr 1318212, z glosą A. Wróbla, Pal. 2015/3-4, s. 136 i n).

Należy podzielić stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w postanowieniu z 3.06.2004 r., V KK 37/04, OSNKW 2004/7-8, poz. 73. Sąd Najwyższy orzekł: „Skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 § 1 kk może urzeczywistniać się także w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej, ale jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciążącego na oskarżonym obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciążącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia” (wyrok SN z 1.04.2008 r., IV KK 381/07, OSNKW 2008/7, poz. 56, z glosą J. Potulskiego, GSP 2009/1, s. 97 i n). Należy jedynie dodać, że warunki



obiektywnego przypisania skutku nie są zależne od tego, czy czyn jest popełniony umyślnie albo nieumyślnie (J. Giezek, Glosa do postanowienia SN z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04, Pal. 2005/1–2, s. 262 i n.; M. Bielski, Prawnokarne..., s. 119 i n). W postanowieniu z 19.05.2015 r., II KK 236/14, LEX nr 1729282, Sąd Najwyższy orzekł: „Lekarz, który przejął opiekę nad pacjentem w sytuacji, gdy ten znajdował się już w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia nie może ponieść odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 lub 3 kk w sytuacji, gdy pożądane zachowanie alternatywne, tj. zabieg lekarski (operacja) nie stwarzał realnej możliwości nawet na zmniejszenie tego stanu zagrożenia dla życia pacjenta”.

Powracając w realia przedmiotowej sprawy, czynności podejmowane przez Zespół (...) pod kierownictwem oskarżonego D. Z., który to zespół został skierowany do pacjenta M. K., odtworzono głównie w oparciu o dokumentację medyczną sporządzoną przez ratownika medycznego oraz lekarza L. (Karta Medycznych Czynności Ratunkowych, Karta Medyczna L.), uzupełnioną zeznaniami świadka A. K. (2), świadka

A. W. oraz wyjaśnieniami oskarżonego w zakresie korespondującym z wiarygodnym materiałem dowodowym (co zostało wyżej omówione). Czynności podejmowane przez oskarżonego (ratownika medycznego) ocenił zespół biegłych: specjalisty medycyny sądowej Kierownika K. (...) we W. (...) T. J., specjalisty medycyny ratunkowej i epidemiologii, kardi chirurga K. (...)w. W. (...) A. T. oraz lekarza rezydenta K. (...) we W. – K. P.. W świetle opinii zespołu wspomnianych biegłych, w kategoriach działań nieprawidłowych ratownika medycznego D. Z. było:

- polecenie pacjentowi w stanie ostrej niewydolności oddechowej samodzielnego zejścia po schodach, czy chociażby przystanie na taki pomysł i brak powstrzymania pacjenta było
- opóźnienie wdrożenia tlenoterapii aż do wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia,
- decyzja o podaży leku o nazwie atropina.

Jak już zaznaczono w przedmiotowym opracowaniu, warunkiem odpowiedzialności za czyn z art. 160 § 2 kk jest obiektywne przypisanie sprawcy takiego skutku. Ustalenia istotne z punktu

widzenia możliwości przypisania oskarżonemu skutku znamionującego zarzucany mu występki wymagają w realiach tej sprawy ponownie sięgnąć po wiedzę specjalną. Jak zaopiniował tak skompletowany zespół biegłych, u pacjenta M. K. wystąpił zespół ostrej niewydolności oddechowej ( (...)) w przebiegu (...)<sup>19</sup> (przyczyna śmierci). U pacjenta występowały czynniki ryzyka złego rokowania (...)<sup>19</sup>, mianowicie: otyłość, miażdżyca naczyń wieńcowych, przerost mięśnia serca i jego zmiany włókniste odpowiadające najpewniej przewlekłemu niedokrwieniu, co uwrażliwiało pacjenta na działanie hipoksji (niedotlenienia). Nagłe zatrzymanie krążenia, które poprzedzało zgon było najprawdopodobniej spowodowane głęboką hipoksją (niedotlenieniem tkanek) z niewydolności oddechowej w przebiegu zapalenia płuc. W przebiegu (...)<sup>19</sup> w takim mechanizmie, po wyczerpaniu możliwości kompensacji oddechowej, często dochodzi do nagłych zgonów bez uprzedniego oczywistego klinicznie, stopniowego narastania objawów niewydolności. Pacjenci zwykle nie odczuwają adekwatnie duszności pomimo występujących

już gazometrycznych  
wykładników  
niewydolności  
oddechowej i do czasu  
załamania stanu zdrowia  
funkcjonują w miarę  
sprawnie. Szanse na  
uniknięcie zgonu w  
tym przypadku dawało  
jedynie dużo wcześniejsze  
rozpoczęcie leczenia ostrej  
niewydolności  
oddechowej - jeszcze  
przy braku rozległych,  
destrukcyjnych zmian  
miąższu płucnego - w  
warunkach szpitalnych z  
wykorzystaniem  
tlenoterapii  
wysokoprzepływowej lub  
respiratoroterapii. Tak  
rozległe zmiany w  
płucach jak stwierdzone  
u M. K. wykluczały  
poprawę stanu pacjenta  
w wyniku tlenoterapii  
biernej (tlen na maskę z  
rezerwuarem), czyli takiej  
która była możliwa do  
zastosowania przez zespół  
ratowniczy (bez lekarza)  
w miejscu wezwania.  
Uszkodzona przez infekcję  
bariera pęcherzykowo-  
włośniczkowa w znacznym  
stopniu uniemożliwia  
przenikanie tlenu do  
krwi bez zastosowania  
specjalistycznych,  
zaawansowanych metod  
wentylacji. Strategie  
leczenia niewydolności  
oddechowej stwarzające  
w takim, jak omawiany  
przypadku szansę na  
wymierne natlenowanie  
krwi, poprawę stanu  
klinicznego i wzrost  
szans na przeżycie  
obejmują, z metod

nieinwazyjnych głównie donosową tlenoterapię wysokoprzepływową, a w przypadku wysokiego ryzyka załamania się stanu pacjenta intubację i wentylację inwazyjną pozwalającą na rekrutację (rozklejenie) zapadniętych, nieuczestniczących w wymianie oddechowej pęcherzyków płucnych. Zastosowanie respiratoroterapii w warunkach Zespołu (...) (bez lekarza) ograniczone jest do utraty przytomności pacjenta, czyli jak w tym przypadku: nagłego zatrzymania krążenia. Jak nadto zaopiniowali biegli, przy tak dużym zaawansowaniu zmian chorobowych w płucach M. K., nawet niezwłoczne (jeszcze na piętrze mieszkania) zastosowanie tlenoterapii biernej w jej najskuteczniejszej postaci, na maskę z rezerwuarem, z maksymalnym przepływem i zniesienie pacjenta po schodach, nie gwarantowałyby wymiernego wzrostu wysycenia krwi tlenem i uniknięcia zatrzymania krążenia u M. K.. Brak podstaw do przyjęcia, że jednorazowy, krótkotrwały wysiłek (zejście po schodach), czy też nie zastosowanie tlenoterapii biernej przed zejściem pacjenta na dół miały realny wpływ na stopień niewydolności oddechowej lub przyczynił

się do takiego jej zaostżenia, żeby to z właśnie tego powodu życie i zdrowie pacjenta było bezpośrednio zagrożone. Co istotne, w świetle wyżej przedstawionych rozważań natury teoretycznej, nawet alternatywne postępowanie prawidłowe nie dawało gwarancji uratowania życia i nie niosło ze sobą realnie, istotnie zwiększyć szanse na przeżycie pacjenta M. K.. Wyliczone wyżej nieprawidłowości po stronie ratownika medycznego D. Z. nie zmieniały w sposób istotny poziom bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia w jakim z powodu choroby znalazł się M. K.. Nie ma podstaw do przyjęcia, że alternatywne postępowanie prawidłowe możliwe do zastosowania w tej sytuacji (podanie tlenu na piętrze, zniesienie pacjenta) miałyby realny, pozytywny wpływ na poziom zagrożenia życia i zdrowia. Podanie w trakcie akcji resuscytacyjnej atropiny i 0,9% NaCl nie miało realnego wpływu na szanse powodzenia akcji ratunkowej, ani poziom bezpośredniego niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjenta. Z klinicznego punktu widzenia, takie działania w trakcie zatrzymania akcji serca (początkowo z aktywnością elektryczną bez tętna, a następnie

asystolią) pozostawały bez wpływu na procesy patofizjologiczne. Podany przy zatrzymanym krążeniu płyn nie wpływał na gospodarkę wodno-elektrolitową poza pewnego stopnia wypełnieniem łożyska naczyniowego. Atropina została wprowadziona i wycofana z algorytmu resuscytacji ze względu na brak udokumentowanego badaniami pozytywnego efektu terapeutycznego w asystolii, jednak równocześnie nie wykazano negatywnego efektu jej zastosowania na rokowania przeżycia pacjentów reanimowanych. W asystolii (braku jakiegokolwiek czynności elektrycznej serca) działanie to nie mogło się realizować, a zatem jej podaż nie miała żadnego znaczenia klinicznego. Nie ma podstaw jest wystarczających podstaw do przyjęcia aby nieprawidłowości postępowania kierownika zespołu ratunkowego D. Z. naraziły M. K. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W tym stanie rzeczy w realiach tej sprawy, zgromadzony materiał dowodowy prowadzi do jednoznacznego wniosku o braku możliwości obiektywnego przypisania oskarżonemu skutku

<p>właściwego dla zarzucanego mu występku – narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo o jakim mowa w art. 160 § 1 i 2 kk. W tym stanie rzeczy należało wydać rozstrzygnięcie uniewinniające oskarżonego od postawionego mu zarzutu, z uwagi na brak realizacji znamion czynu zabronionego (art. 17 § 1 pkt 2 kpk).</p>			
<p><b>4. KARY, Środki Karne, PRzepadek, Środki Kompensacyjne i środki związane z poddaniem sprawcy próbie</b></p>			
<p>Oskarżony</p>	<p>Punkt rozstrzygnięcia z wyroku</p>	<p>Punkt z wyroku odnoszący się do przypisanego czynu</p>	<p>Przytoczyć okoliczności</p>
<p><b>5. 1Inne ROZSTRZYGNIECIA ZAwarte w WYROKU</b></p>			
<p>Oskarżony</p>	<p>Punkt rozstrzygnięcia z wyroku</p>	<p>Punkt z wyroku odnoszący się do przypisanego czynu</p>	<p>Przytoczyć okoliczności</p>
<p><b>6. inne zagadnienia</b></p>			
<p>W tym miejscu sąd może odnieść się do innych kwestii mających znaczenie dla rozstrzygnięcia, a niewyjaśnionych w innych częściach</p>			



<p>uzasadnienia, w tym do wyjaśnienia, dlaczego nie zastosował określonej instytucji prawa karnego, zwłaszcza w przypadku wnioskowania orzeczenia takiej instytucji przez stronę</p>		
<p><b>7. Koszty procesu</b></p>		
<p>Punkt rozstrzygnięcia z wyroku</p>	<p>Przytoczyć okoliczności</p>	
<p>2</p>	<p>W związku z uniewinnieniem oskarżonego od zarzucanego mu czynu, o kosztach procesu orzeczono po myśli art. 632 pkt. 2 kpk, zgodnie z którym, w przypadku uniewinnienia oskarżonego koszty procesu ponosi Skarb Państwa.</p>	
<p><b>6. 1Podpis</b></p>		