

## UZASADNIENIE

### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 21 grudnia 2008 roku J. O. (ur. (...)) zachorował na ospę wietrzną. W dniu 23 grudnia 2008 roku zaczął skarżyć się matce A. K. na ból prawej nogi. W dniu 24 grudnia 2008 roku A. K. zamówiła wizytę domową lekarza w Centrum Medycznym (...). J. O. około godziny 15-16 został zbadany przez lekarza pediatrę M. T.. W trakcie wizyty lekarza małoletni pacjent utykał. Lekarz pediatra stwierdziła u niego ospę wietrzną oraz wskazała, że ból nogi może stanowić powikłanie przebiegu ospy. Uznała, że koniecznym będzie ustalenie, czy doszło do przemijającego łagodnego zapalenia błony maziowej, czy też choroby zmierzającej w kierunku septycznego zapalenia stawu biodrowego. M. T. zleciła wykonanie morfologii krwi oraz RTG stawów i dalsze postępowanie uzależniła od wyników zleconych badań. Jednocześnie przepisała lekarstwa (H. oraz (...)).

(dowód: zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania M. T. – k. 270-273, 999-1007; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v)

A. K. podawała synowi przepisane leki zgodnie z zaleceniami lekarza. W dniu 25 grudnia 2008 roku u J. O. w godzinach przedpołudniowych wystąpiła gorączka (40,2 stopnia Celsjusza). A. K. podała dziecku N. oraz zadzwoniła na pogotowie. Dyspozytor nie przysłał karetki wskazując, że w przypadku gorączki pomocy medycznej należy szukać w przychodni przy ul. (...). Tam uzyskała informację, że wizyta domowa lekarza nie jest możliwa z uwagi na dużą ilość zgłoszeń, a pomocy może szukać w szpitalu dziecięcym przy ul. (...). W tej jednostce udzielono jej jednak informacji, że nie ma ona możliwości przeprowadzenia badań, a ponadto szpital ten nie przyjmuje dzieci chorych na ospę, zaś ewentualnej pomocy należy szukać w Szpitalu (...) przy ul. (...). Tam A. K. dostała radę, że w zaistniałej sytuacji najrozsądniejszym będzie zamówienie wizyty domowej. A. K. ponownie zatelefonowała do przychodni przy ul. (...) i zażądała wizyty domowej. Poinformowano ją, że z uwagi na dużą ilość zgłoszeń najwcześniejsza domowa wizyta lekarza możliwa będzie za około 3 godziny. Po tym czasie z wizytą domową przybył lekarz M. K. (1). A. K. poinformowała lekarza, że syn skarży się na ból nogi. M. K. (1) zbadał dziecko. Po krótkich badaniach oświadczył, że J. O. choruje na ospę, a boląca noga stanowi powikłanie tej choroby. Ponadto pouczył A. K., iż powinna podawać synowi już wcześniej zaordynowane lekarstwa, dodając, że wzywaniem lekarza do dziecka chorego na ospę było nieuzasadnione. Stan J. O. wskazywał na możliwość rozwinięcia się septycznego zapalenia stawów, a celem dokonania jednoznacznego rozpoznania konieczne było poddanie małoletniego chorego szczegółowej diagnostyce, którą w okresie świątecznym najłatwiej można było wykonać w warunkach szpitalnych.

(dowód: zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033)

W dniu 26 grudnia 2008 roku stan J. O. ustabilizował się. W dniu 27 grudnia 2008 roku A. K. wykonała badania zleczone w dniu 24 grudnia 2008 roku przez M. T. oraz umówiła wizytę u lekarza chirurga dziecięcego I. M.. W czasie wizyty dysponowała wynikiem RTG, natomiast nie posiadała jeszcze wyników badania laboratoryjnego krwi. Lekarz I. M. po zbadaniu J. O. stwierdziła, że obraz stawu biodrowego jest prawidłowy i można wykluczyć zapalenie kości. Poleciała A. K. po otrzymaniu wyników badań krwi skonsultowanie się z lekarzem pediatrą. Dodatkowo wystawiła skierowanie do szpitala, gdyby z morfologii krwi wynikało podejrzenie bakteryjnego stanu zapalnego stawu. Wystawiła również skierowanie na badanie USG stawów biodrowych. Skierowanie do szpitala dotyczyło jakiegokolwiek szpitala dziecięcego i zawierało rozpoznanie odczynowego zapalenia lewego stawu biodrowego w przebiegu ospy. Po uzyskaniu wyników badania krwi J. O., A. K. przedstawiła je w rozmowie telefonicznej I. M., która poleciła A. K. natychmiastowe udanie się z synem do (...) im. Prof. Dr J. B. przy ul. (...). Swoje stanowisko uzasadniła dominującą jednostką chorobową (odczynowym zapaleniem lewego stawu biodrowego).

(dowód: zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; kopia skierowania do szpitala – k. 19; zeznania I. M. – k. 252-255, 1250-1259; kopia wyników badań z Centrum Medycznego (...) z dnia 27.12.2008 r. – k. 18)

Jeszcze 27 grudnia 2008 roku J. O., zgodnie z zaleceniem I. M., został przewieziony przez rodziców do (...) im. Prof. Dr J. B. przy ul. (...). O godzinie 15:40 został przyjęty w izolacji przez lekarza pełniącego dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – M. C., która stwierdziła u niego utrzymujący się od 23 grudnia 2008 roku ból w stawie biodrowym lewym oraz od 27 grudnia - w prawym stawie kolanowym, w przebiegu ospy wietrznej. W karcie informacyjnej SOR w rubryce; „rozpoznanie” wpisała „zapalenie błony maziowej” i „pochewki ścięgnowej”, zalecając kontrolę w SOR następnego dnia. Występujące wówczas u J. O. objawy wskazywały na bakteryjne zapalenie stawów w przebiegu ospy wietrznej i konieczność natychmiastowego wdrożenia antybiotykoterapii.

(dowód: zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033; wyjaśnienia M. C. – k. 377-379, 737-745; kopia karty informacyjnej SZPZOZ im. Prof. Dr J. B. w W. – k. 31)

W dniu 28 grudnia 2008 roku A. K. i T. O. wraz z J. O. ponownie udali się do SOR, gdzie dyżur pełnił lekarz chirurg dziecięcy M. Z.. J. O. przebywał tam pomiędzy 10:35 a 13:35. Był w stanie ogólnym dobrym, wydolny krążeniowo i oddechowo. M. Z. po zebraniu wywiadu zlecił ponowne wykonanie badań laboratoryjnych krwi oraz USG. Po zapoznaniu się z wynikami wykonanych badań potwierdził rozpoznanie dokonane przez M. C., tj. odczynowe zapalenie stawu biodrowego. Jednocześnie stwierdził znaczący spadek ilości płytek krwi w stosunku do wyników z dnia poprzedniego oraz podwyższoną wartość leukocytozy, znaczną leukopenię. Po konsultacji z lekarzem pediatrą zdecydował o przekazaniu J. O. do Kliniki (...) przy ul. (...), stwierdzając, że w przypadku tego pacjenta występuje „zespół hematologiczny” wymagający dalszej diagnostyki. Stwierdzona u J. O. małopłytkowość była wynikiem procesu wykrzepiania śródnaczyniowego w przebiegu uogólniającej się infekcji bakteryjnej. Małoletni chory wymagał pilnej hospitalizacji i niezwłocznego wdrożenia antybiotykoterapii. Skierowanie go do Kliniki (...) wydłużyło ścieżkę diagnostyczną, bowiem całość danych klinicznych i wyników badań w czasie udzielania pomocy przez M. Z. pozwalała podejrzewać uogólniający się bakteryjny proces zapalny z zajęciem stawów kończyn dolnych.

(dowód: zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033; wyjaśnienia M. Z. – k. 382-386, 719, 750-761, 767-773)

J. O. został przewieziony przez rodziców ich samochodem do Kliniki (...) przy ul. (...). M. Z. wykonał telefon do izby przyjęć tego szpitala i skontaktował się z lekarzem A. P., zatrudnioną w tej jednostce. M. Z. poinformował ją o skierowaniu J. O. na konsultację hematologiczną w związku ze stwierdzonym podejrzeniem występowania „problemu hematologicznego”. A. K. udała się z dokumentacją z SOR z ul. (...) do izby przyjęć szpitala przy ul. (...), a jej syn pozostał w samochodzie. A. P. po otrzymaniu informacji, że w izbie przyjęć stawiała się A. K. wyszła do niej i po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną J. O., bez przeprowadzenia badania przedmiotowego J. O., podjęła decyzję o skierowaniu pacjenta do (...) w W. przy ul. (...) w celu przeprowadzenia kolejnej konsultacji, tym razem w zakresie stwierdzenia zakaźności ospy wietrznej. Nie zleciła przetransportowania pacjenta karetką, oceniając, że jego stan nie stanowi przeciwwskazań do transportu samochodem osobowym. Po przeprowadzeniu konsultacji w szpitalu przy ul. (...), w przypadku wykluczenia zakaźności ospy, pacjent miał wrócić do (...) przy ul. (...) i tam miał zostać skierowany na oddział hematologiczny. Natomiast w przypadku poczynienia przeciwnych ustaleń małoletni miał pozostać w szpitalu przy ul. (...). U J. O. nadal postępował uogólniający się bakteryjny proces zapalny wymagający niezwłocznego wdrożenia antybiotykoterapii.

(dowód: wyjaśnienia A. P. – k. 774-781, 784-793; zeznania A. P. – k. 248-251, 3158-3160; zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; opinia zespołu biegłych

z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033)

A. K. i T. O. zgodnie ze skierowaniem udali się z synem do (...) w W. przy ul. (...). Zaniepokojona stanem J. O. A. K. drogą telefoniczną uzyskała informację, że jej syn z deklarowaną ilością płytek krwi nie powinien być transportowany samochodem osobowym, lecz transportem sanitarnym. A. K. próbowała zamówić karetkę. Dyspozytor poinformował ją, że oczekiwanie na przyjazd transportu sanitarnego może zająć niestabilny okres czasu. Ostatecznie rodzice postanowili kontynuować jazdę do szpitala, przy czym starali poruszać się bardzo ostrożnie. Po dotarciu do szpitala przy ul. (...) o godz. 16:30 J. O. w został przyjęty przez lekarza S. D.. Po przeprowadzeniu badania stwierdziła ona, że pacjent znajdował się w stanie ogólnym średnim. Był cierpiący. S. D. ustaliła, że: na skórze i na śluzówkach badanego występowały pojedyncze wybroczyny i wykwyty ospowe całkowicie wyschnięte o miernym wysiewie; szmer płęcherzykowy prawidłowy; akcja serca – 120/min; ciśnienie tętnicze 95/65 mmHg; wątroba + 1; śledziona pod łukiem, brak obecności objawów oponowych; obrzęk i bolesność stawów (kolanowego prawego, łokciowego i barkowego prawego i tkliwość pozostałych stawów). Ostatecznie S. D. zdiagnozowała u J. O. stan po ospie wietrznej, małopłytkowość i zapalenie stawów oraz orzekła, że pacjent jest już niezakaźny. Z uwagi na stan dziecka zleciła przewiezienie go do (...) przy ul. (...) przy użyciu karetki. W tym czasie objawy stwierdzone u J. O. jednoznacznie wskazywały na uogólnioną infekcję bakteryjną będącą powikłaniem ospy wietrznej. Zaburzenia obrazu krwi w postaci małopłytkowości, wysokiego CRP wynikały z rozwoju uogólnionego zakażenia. W stwierdzonym stanie zdrowia małeletni pacjent powinien być leczony na oddziale chorób zakaźnych. Brak specjalistów z zakresu onkologii, hematologii lub chirurgii dziecięcej w tej jednostce nie powodował konieczności zaniechania leczenia J. O. w szpitalu zakaźnym. W chwili kontaktu z S. D. małeletni nie wymagał leczenia w warunkach intensywnej opieki medycznej.

(dowód: kopia karty informacyjnej – k. 21; wyjaśnienia S. D. – k. 793-796; zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033; zeznania M. M. – k. 1486-1493)

Około godziny 16:50 J. O. wraz z rodzicami pojawił się na terenie izby przyjęć (...) przy ul. (...). Lekarz dyżurny otrzymał informacje od S. D., że pacjent nie znajduje się w stanie zakaźności. J. O. został przyjęty poza kolejnością. Wówczas A. P. zebrała wywiad lekarski i wciągnęła jego treść do dokumentacji medycznej. J. O. został skierowany na oddział hematologii. Stan J. O. był średni; był on przytomny, pozostawał w kontakcie słownym. Jednocześnie nasilały się dolegliwości bólowe ze strony zajętych stawów, skutkujące koniecznością przyjmowania przez J. O. przymusowej pozycji ciała. A. P. w rozpoznaniu wstępnym wpisała małopłytkowość, wieloogniskowe zapalenie stawów i stan po przebytej ospie wietrznej

(dowód: wyjaśnienia A. P. – k. 774-781, 784-793; zeznania A. P. – k. 248-251, 3158-3160; zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033)

Po umieszczeniu J. O. na oddziale hematologii, lekarz P. Ł. w drodze wywiadu z A. K. ustalił okoliczności związane z dotychczasowym procesem diagnostycznym i zbadał pacjenta. Stwierdził, że stan J. O. jest ciężki, co było związane ze wstępnym rozpoznaniem podejrzenia białaczki. Potwierdził również występowania pojedynczych wybroczyn na całym ciele, podskórnych wylewów oraz starych, przyschniętych zmian po ospie. Przy badaniu jamy brzusznej stwierdził nieznaczne powiększenie wątroby i śledziona. W związku dolegliwościami bólowymi stawów J. O. musiał przyjmować przymusowe ułożenie. P. Ł. zlecił badania w kierunku opracowania septycznego (posiew krwi, oznaczenie grupy krwi, badania wątrobowe – głównie czas amidazy, badania jonowe – sód, potas, wapń, magnez; badania stanu krzepnięcia – APTT, czas protrombinowy, czas fibrynowy oraz morfologię z zabezpieczeniem rozmazu w kierunku choroby nowotworowej, oznaczenie CRP). Zlecił też wykonanie RTG oraz podanie płynu Ringera. Wstępne wyniki badań otrzymał przed godziną 19:00. Po zapoznaniu się z nimi zlecił podanie pacjentowi antybiotyków o maksymalnym spektrum działania (netromycynę i claforan) oraz leku antywirusowego – acyclovir. O godzinie 19.00

wpisał w dokumentacji medycznej pacjenta opis jego stanu określając go jako średnio-ciężki. O godzinie 20:15 P. Ł. powziął informację, że mimo zlecenia antybiotyki nie zostały jeszcze podane. Ponownie nakazał ich podanie. Około 21:00 poinformował A. K. i T. O. o potrzebie konsultacji stanu małego pacjenta z anestezyjologami. W dokumentacji medycznej wpisał: „sepsis”, „małopłytkowość”, „zapalenie stawów”. Stan ogólny pacjenta był wówczas ciężki. O godzinie 21:40 J. O. przyjęty do Oddziału Intensywnej Terapii z powodu wstrząsu septycznego. W czasie transportowania do Oddziału Intensywnej Terapii J. O. reagował na bodźce zewnętrzne, był jednak zamroczony. Był intensywnie nawadniany, dokonano intubacji dotchawiczej, podłączono go do respiratora. Włączono wlewy katecholamin i podano mu leki rozszerzające naczynia obwodowe. Kontynuowano podawanie claforanu. Dodano antybiotyków o szerokim spektrum działania. Na zastosowane leczenie organizm J. O. początkowo zareagował pozytywnie. Następnie mimo stosowania leków nie udało się utrzymać prawidłowego ciśnienia tętniczego. Doszło do zwolnienia akcji serca i krążenia. J. O. zmarł 29 grudnia 2008 roku o godzinie 4:45.

(dowód: wyjaśnienia P. Ł. – k. 879-896, k. 980-992, k. 997-999; zeznania A. K. – k. 2-8, 603-604, 1093-1106, 1109-1117, 3140-3143; zeznania T. O. – k. 73-79, 1168-1177, 3143-3144v; zeznania W. R. – k. 266-269, 1016-1026, zeznania M. R. – k. 98-101, 1270-1282; historia choroby – k. 61-62; opinia zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej im. (...) we W. – k. 311-329, 496-512, k. 1711-1731, 1742-1762, 1898-1910, 2029-2033)

\* \* \*

M. K. (1) urodził się w dniu (...). Ma wykształcenie wyższe. Jest lekarzem. Pozostaje w związku małżeńskim. Na jego utrzymaniu pozostaje dwójka dzieci. Według deklaracji osiąga miesięczny dochód na poziomie 5000-6000 zł. Jest właścicielem mieszkania w W. o wartości około 350 000 zł. Jego stan psychiczny w chwili zdarzenia nie zniósł ani nie ograniczał zdolności do rozpoznania znaczenia czynu, ani zdolności do pokierowania swoim postępowaniem. Nie był karany.

S. D. urodziła się w dniu (...). Ma wykształcenie wyższe. Jest lekarzem. Pozostaje w związku małżeńskim. Na jej utrzymaniu nie znajdują się inne osoby. Według deklaracji osiąga miesięczny dochód na poziomie około 8 000 zł. Jest właścicielką mieszkania i domu. Jej stan psychiczny w chwili zdarzenia nie zniósł ani nie ograniczał zdolności do rozpoznania znaczenia czynu, ani zdolności do pokierowania swoim postępowaniem. Nie była karana.

\* \* \*

M. K. (1) wyjaśniając w postępowaniu przygotowawczym nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu (k. 576-579). Potwierdził, że kojarzy J. O., jako pacjenta, u którego był na wizycie domowej w 2008 roku związku z zatrudnieniem w przychodni przy ul. (...) jako tzw. lekarz wyjazdowy. Oskarżony wskazał, że wiedział, iż jedzie do gorączkującego dziecka w czasie ospy i informację tę potwierdziła na miejscu matka dziecka. Jednocześnie M. K. (1) zastrzegł, że matka J. O. nie podawała mu informacji, że chłopiec skarżył się na bóle kończyn i stawów (on sam również nie stwierdził tych dolegliwości w badaniu), a cała rozmowa i cel wizyty były skoncentrowane na gorączce dziecka w czasie ospy; na tym jak tę gorączkę zwalczać. Zaznaczył, że nie było ani procenta wątpliwości aby zachodziła konieczność leczenia szpitalnego dziecka, bowiem to co diagnozował u małego pacjenta to ospa i gorączka, a choroby te nie stanowią wystarczającej podstawy do hospitalizacji. M. K. (1) zauważył, że w dniu wskazanym w postawionym mu zarzucie był jedynym lekarzem w trzech dzielnicach. Dodał, że charakter jego wizyty był interwencyjny, ponieważ nie był uprawniony do zlecenia żadnych dodatkowych badań, przy czym w razie konieczności był uprawniony do wystawienia skierowania do szpitala. Wyjaśnił również, że mogło być i tak, że w ogóle nie wiedział, że ze stawami u dziecka coś jest nie tak.

Wyjaśniając w toku postępowania sądowego w sprawie II K 499/12 podtrzymał swoje stanowisko procesowe (k. 730-733). Zauważył, że informacje o zgłoszeniu wizyty domowej u chorego J. O. otrzymał od pielęgniarki z przychodni przy ul. (...), która poinformowała go jedynie o gorączce i ospie wietrznej pacjenta. Dodał, że w związku z wizytą domową wypełniało się dwie karty; kartę wyjazdową – na wyjeździe oraz kartę stanowiącą wkładkę do historii choroby, która pozostawała w przychodni, i która była częściowo wypełniana przez pielęgniarkę przyjmującą wezwanie.

Oskarżony podkreślił, że nie widział, że pielęgniarka wpisała na dokumentacji medycznej dotyczącej J. O. gorączkę i ból podudzia i nie dysponował taką dokumentacją w czasie wizyty domowej. Wyjaśnił, że na karcie, która jest zostawiona w przychodni na ul. (...) odnotował fakt zbadania dziecka poprzedniego dnia przez lekarza. M. K. (1) stwierdził, że na wizycie zastał dziecko, które miało objawy charakterystyczne dla ospy wietrznej, tj. wykwity na skórze, a od matki dziecka dowiedział się, że dziecko miało gorączkę około 40 stopni Celsjusza, która spadła po podaniu leków przeciwgorączkowych. Z jego twierdzeń wynika, że po zbadaniu pacjenta zalecił w dalszym ciągu podawanie na przemian P. i H. w połączeniu z lekiem przeciwwirusowym przeciwko ospie wietrznej. Dodał też, że przez matkę dziecka został poinformowany o tym, że lekarz w dniu 24 grudnia 2008 roku, zlecił badania: morfologię, OB, CRP oraz RTG i USG stawu biodrowego. Zaznaczył, że on również zlecił wykonanie tych badań, by po uzyskaniu wyników lekarz prowadzący dziecko ocenił je i konsultował dalej. Podkreślił, że wydając własne zalecenia uwzględniał te uprzednio wydane przez lekarza mającego wcześniej styczność z J. O., dodając, że uzyskane informacje o konsultowaniu dziecka przez specjalistę i wydane przez niego zalecenia traktował jako istotne, zwłaszcza że sam był lekarzem na pierwszym roku stażu. Oskarżony stwierdził, że za logiczną uznał konieczność wykonania tych badań, zwłaszcza, że on nie miał narzędzi, które pozwalałyby odróżnić septyczne zapalenie stawów od zapalenia nieseptycznego. Wyjaśnił, że był przekonany, że zlecone badania zostaną zrobione i dziecko zostanie zbadane przez specjalistę pediatrę. Zaprzeczył, aby w czasie wizyty zachowywał się niegrzecznie lub też kwestionował jej zasadność. Wyraził przypuszczenie, że jego postępowanie może byłoby inne gdyby dysponował wynikami CRP i gdyby dziecko nie zostało skierowane na badania diagnostyczne, to wówczas wystawiłby skierowanie do szpitala.

W czasie postępowania prowadzonego w sprawie II K 105/18 pomimo prawidłowego zawiadomienia o terminie rozprawy M. K. (1) nie stawiał się i w związku z powyższym postępowanie toczyło się pod jego nieobecność

\* \* \*

S. D. wyjaśniając w toku postępowania sądowego w sprawie II K 499/12 nie przyznała się do popełnienia zarzucanego jej czynu (k. 793-796). Wyjaśniła, że J. O. poznała 28 grudnia 2008 roku gdy pełniła od godziny 8:00 do 20:00 dyżur jako lekarz pediatra w szpitalu na ul. (...). Stwierdziła, że około godziny 14:00 otrzymała telefon od doktor O., która zwróciła się o skonsultowanie dziecka, które było w ósmej dobie ospy wietrznej, u którego wystąpiła dodatkowo małopłytkowość i zapalenie stawów. S. D. zaznaczyła, że doktor O. poprosiła ją o konsultację bowiem chciała opinii co do stopnia zakaźności ospy i miała w zamierzeniu hospitalizację małego pacjenta na ul. (...) w oddziale hematologii. [Z jej wyjaśnień wynika, że wiedziała, że pacjent trafił do niej ze szpitala na ul. (...), po konsultacji chirurgicznej, której powodem było zapalenie stawów. S. D. wskazała, że ustaliła z doktor O., że w sytuacji, kiedy pacjent nie będzie stanowił zagrożenia (ospa nie będzie zakaźna), wówczas zostanie przesłany z powrotem na ul. (...), gdzie miał zapewnione miejsce na oddziale hematologii. Oskarżona stwierdziła, że jej kontakt z chorym nastąpił około godziny 16.00 w izbie przyjęć w punkcie konsultacyjnym. Wskazała, że zebrała wywiad, przeprowadziła szczegółowe badanie przedmiotowe i zapoznała się z wynikami badań i w oparciu o relację rodziców ustaliła, że pierwsze wykwity ospy pojawiły się 21 grudnia, a od 23 grudnia dziecko zaczęło się skarżyć na bolesność stawu biodrowego. Dodała, że rodzice J. O. potwierdzili, że dziecko ma zapewnioną hospitalizację przy ul. (...), a jej opinia będzie decydująca dla ustalenia czy dziecko zaraża. Oceniała, że pokrzywdzony w czasie badania był w stanie ogólnym średnim; z kontaktem logicznym; odpowiadał na pytania; reagował na badanie bólem (na próby dotykania kończyn); okresowo płakał i sprawiał wrażenie cierpiącego. S. D. potwierdziła, że na skórze badanego stwierdziła przyschnięte wykwity ospy wietrznej o miernym wysiewie, a ponadto pojedyncze wybroczyny na śluzówkach jamy ustnej i w skórze. Wyjaśniła, że wiedząc, że dziecko nie musi być izolowane i ma zapewnioną hospitalizację w szpitalu ogólnopediatrycznym podjęła decyzję, że prześle pacjenta do szpitala przy ul. (...) i w tym celu zamówiła karetkę. Decyzję o wyborze środka transportu uzasadniła niskim poziomem płytek krwi oraz tym, że dziecko cierpiało. Oskarżona stwierdziła, że ponownie skontaktowała się telefonicznie z doktor O. i przekazała jej, że dziecko nie wymaga izolacji, i zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami trafi do szpitala przy ul. (...). Zważyła ponadto, że w czasie rozmowy opisała krótko, co stwierdziła w badaniu i przekazała swoje przemyślenia, że rzadko w jej praktyce zdarzały się małopłytkowość i zapalenie stawów, pomimo że obydwa te stany mogą być powikłaniami po ospie wietrznej, sugerując przy tym, że dziecko wymaga szerszej diagnostyki tzw. opracowania septycznego (czynności i procedur diagnostycznych mających

pomóc w ustaleniu miejsca i źródła czynnika etiologicznego stanu zapalnego). Wyjaśniała, że oceniając stan dziecka jako średni odnosiła się do dużych dolegliwości bólowych. Według S. D. J. O. wymagał konsultacji lekarzy specjalistów: chirurga, hematologa i badań bardziej szczegółowych tzn. biopsji szpiku. Zauważyła, że w dniu wydarzeń w szpitalu zakaźnym nie było możliwości wykonania RTG klatki piersiowej oraz żadnych badań obrazowych, a w sytuacji, kiedy zaistniała taka potrzeba, pacjenci byli kierowani do pracowni diagnostycznych innych szpitali - na ul. (...), na ul. (...) lub Centrum (...). Stwierdziła również, że w dniu 28 grudnia 2008 roku była jedynym pediatrą pracującym w szpitalu zakaźnym oraz była jedynym lekarzem, który konsultował przyjęcia do szpitala. Wyjaśniła także, że szpital przy ul. (...) nie posiadał chirurga, hematologa i onkologa dziecięcego, a ponadto nie zapewniał zaplecza OIOM-owego. Tłumacząc podjęte przez siebie decyzje stwierdziła, iż skoro pacjent nie zarażał i była pewna, że ma zapewnioną hospitalizację w szpitalu ogólnopediatrycznym wieloprofilowym, uznała, że nielogiczne i nieracjonalne byłoby przyjęcie J. O. na oddział szpitala przy ul. (...), a następnie wysyłanie go na badania do innych szpitali. Z twierdzeń S. D. wynikało ponadto, iż w jej praktyce zdarzają się konsultacje, o które proszą lekarze z innych szpitali, kiedy mają problem z rozpoznaniem choroby zakaźnej lub z oceną zakaźności, czy też zagrożenia epidemiologicznego, w tym także dotyczące ospy wietrznej. Podsumowując podjęte przez siebie czynności oskarżona wskazała, że od momentu telefonu od doktor O. miała świadomość, że celem wizyty J. O. jest konsultacja w celu określenia stopnia zakaźności ospy wietrznej. Podkreśliła ponadto, że wszystkie czynności wykonała możliwie najszybciej.

W czasie postępowania prowadzonego w sprawie II K 105/18 S. D. na rozprawie w dniu 27 lipca 2018 roku powtórzyła, że nie przyznaje się do popełnienia zarzucanego jej czynu i podtrzymała opis wydarzeń wyrażony w czasie poprzedniego przesłuchania i odmówiła złożenia dodatkowych wyjaśnień (k. 3137).

#### ***Sąd Rejonowy w zakresie ustaleń faktycznych zważył, co następuje:***

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż pierwotnie postępowanie karne, którego przedmiotem były czynności podejmowane przez lekarzy wobec J. O. w okresie od 21 grudnia 2008 roku do 29 grudnia 2008 roku toczyło się przeciwko M. K. (2), M. C., M. Z., A. P., S. D. i P. Ł.. Wobec M. C., M. Z., A. P. i P. Ł. postępowanie to zakończyło się prawomocnie wyrokiem skazującym wydanym przez Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie w sprawie II K 499/12 w dniu 13 października 2015 roku. Szczegółowe odwoływanie się do postępowania lekarzy, którzy zostali już prawomocnie skazani w kontekście zarzutów postanowionych M. K. (2) i S. D. nie jest konieczne, bowiem osoby te nie podejmowały wspólnie czynności związanych z zapewnieniem opieki medycznej J. O.. M. K. (1) w ogóle nie miał kontaktu z pozostałymi osobami, którym zostały postawione zarzuty w tej sprawie. Natomiast S. D., choć w sprawie małoletniego pacjenta kontaktowała się telefonicznie z A. P., to czynności związane ze świadczeniem usług medycznych podejmowała samodzielnie. Z tego względu jedynie relacje pomiędzy A. P. a S. D. wymagają szerszego omówienia, co zostanie uczynione w dalszej części uzasadnienia.

W przypadku zarzutu postawionego M. K. (2) do odtworzenia przebiegu wizyty lekarskiej z dnia 25 grudnia 2008 roku posłużyły zeznania rodziców J. O., a więc A. K. i T. O.. Faktem jest, iż w czasie wizyty domowej lekarza obecna była jedynie A. K., jednak zeznania T. O. odnoszą się do wypowiedzi matki małoletniego opisujących wizytę M. K. (1). Zestawienie relacji tych osób nakazuje przyjęcie, że A. K. w czasie wizyty oskarżonego informowała go, że syn uskarżał się na ból nogi. Wprawdzie składając po raz pierwszy zeznania w postępowaniu przygotowawczym A. K. nie odnosiła się jednoznacznie do tej kwestii, jednak należy zauważyć, iż w zestawieniu z całością złożonych wówczas zeznań (k. 2-8), opis wizyty M. K. (1) ma charakter zdawkowy. Za kluczowe w tym zakresie należy uznać zeznania T. O. złożone w dniu 20 stycznia 2008 roku (k. 73-79), a więc w bardzo krótkim okresie od wydarzeń wskazanych w zarzucie postawionym oskarżonemu. Wskazał on wówczas, że A. K. poinformowała go, że przybyły lekarz „ochrzanił” ją, że został wezwany do zwykłej ospy, a ponadto powiedział, że boląca nóżka dziecka to powikłanie związane z ospą (k. 74). Nie jest możliwe przyjęcie, że T. O. mógł składając zeznania w sprawie przeinaczyć wypowiedź A. K., celowo chcąc przedstawić nieprawdziwe informacje, stawiające w niekorzystnym świetle oskarżonego. Wypada zauważyć, że T. O. zgodnie z twierdzeniami A. K. relacjonował przebieg wizyty oskarżonego w zakresie w jakim M. K. (1) wyrażał swoje stanowisko, co do zasadności domowej wizyty lekarza do dziecka chorego na ospę. Ponadto z wypowiedzi wskazanych świadków złożonych w ich pierwszych zeznaniach wynika, że nie uważali działań oskarżonego za istotną część łańcucha

wydarzeń zakończonego śmiercią ich syna, co nakazuje przyjąć, że nie mieli oni żadnego interesu w przekazywaniu nieprawdziwych informacji odnoszących się do przebiegu wizyty lekarza z dnia 25 grudnia 2008 roku.

Czynności jakie podjęła S. D. w związku ze znalezieniem się J. O. w dniu 28 grudnia 2008 roku w szpitalu zakaźnym w sposób zbieżny wynikają zarówno z wyjaśnień samej oskarżonej jak i zeznań A. K. i T. O.. Również w zakresie opisu zachowań oskarżonej brak jest podstaw, aby kwestionować wiarygodność relacji zawartej w zeznaniach rodziców J. O.. Rodzice pokrzywdzonego aktywnie poszukiwali adekwatnej pomocy medycznej dla swojego dziecka; byli skupieni na jego stanie zdrowia, na procesie leczenia i na zaleceniach lekarskich. Z tego względu zrozumiałym jest, iż posiadali wiele informacji istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Dodatkowo zakres świadczeń medycznych udzielonych pokrzywdzonemu w szpitalu przy ul. (...) potwierdza dokumentacja medyczna sporządzona w tej jednostce, której autorką była oskarżona.

W oparciu o wiarygodne twierdzenia A. P. Sąd ustalił, że to ona była inicjatorką przeprowadzenia konsultacji w szpitalu przy ul. (...) dotyczącej kwestii zakaźności ospy z jaką zmagał się pokrzywdzony. Zeznając na rozprawie w dniu 3 października 2018 roku podtrzymała ona opis kontaktów pomiędzy nią a S. D. przedstawiony w złożonych wcześniej wyjaśnieniach (k. 3158-3160). A. P. zeznając w charakterze świadka stwierdziła, że na podstawie rozmowy z matką pacjenta i doktorem ze szpitala z ul. (...) ustaliła, że konieczne będzie leczenie szpitalne dziecka, tylko w zależności od tego, czy proces zarażania jeszcze trwał, to będzie leczone w szpitalu na ul. (...), albo na oddziale hematologii. Potwierdziła, że nawiązała kontakt telefoniczny z S. D. ustalając z nią, że jeżeli pacjent będzie wymagał leczenia w szpitalu zakaźnym, to tam będzie prowadzone leczenie, a w przypadku braku zakaźności ospy miał on wrócić do szpitala przy ul. (...). Wskazała, że po około 2 godzinach od wysłania J. O. na konsultację otrzymała od S. D. telefonicznie informację, że pacjent nie jest zakaźny i zostanie przesłany z powrotem do szpitala na ul. (...) i około pół godziny po tym telefonie obaj rodzice i dziecko zgłosili się do izby przyjęć szpitala w którym zatrudniona była A. P..

Fakt, iż zdarzają się przypadki, w których pacjenci byli przesyłani do szpitala zakaźnego celem dokonania tam konsultacji potwierdziła w swych zeznaniach M. M., która pełniła funkcję kierownika kliniki i ordynatora tej jednostki (k. 1486-1493). Wskazała, że w szpitalu przy ul. (...) nie ma Oddziału Intensywnej Terapii dla dzieci, a taki oddział istnieje jedynie dla dorosłych. Wyjaśniła, że lekarz dyżurny w zależności od oceny stanu pacjenta, jeśli przewiduje, że będzie on wymagał intensywnej terapii, natychmiast ustala miejsce w szpitalu, który ma oddział intensywnej terapii, albo tam gdzie jest zaplecze do intensywnej terapii. M. M. potwierdziła jednocześnie, że w szpitalu przy ul. (...) bywają leczone dzieci, u których w trakcie hospitalizacji rozpoznano posocznicę lub ospę wietrzną, prowadzona jest antybiotykoterapia i jednostka ta zajmuje się leczeniem chorób i zakażeń bakteryjnych. Dodała, że jeżeli w czasie konsultacji lekarz uznaje, że pacjent może mieć sepsę to powinien ujawnić to w sporządzanej dokumentacji.

Postępowanie M. K. (1) i S. D. względem pokrzywdzonego zostało ocenione przez zespół biegłych z Akademii Medycznej we W. pod przewodnictwem prof. dr hab. med. B. Ś..

W przypadku M. K. (1) biegli w pierwotnej opinii, powołując się na opis zawarty w zeznaniach rodziców J. O., wskazali, że zachowanie lekarza nie było prawidłowe. Zaznaczyli, że wysoka gorączka i ból zlokalizowany w obrębie stawu w przebiegu ospy wietrznej wskazują na możliwość rozwoju bakteryjnego zapalenia stawu, co jest stosunkowo częstym i groźnym powikłaniem wymagającym wdrożenia odpowiedniego leczenia – dożylniej antybiotykoterapii (k. 325). W uzupełniającej opinii pisemnej biegli zauważyli, że ból nogi występujący u pokrzywdzonego wynikał z groźnego dla życia powikłania ospy, tj. bakteryjnego zapalenia stawu (k. 505-506). W ich ocenie przebieg ospy uzasadniał dalsze postępowanie z dzieckiem – konieczność hospitalizacji w oddziale zakaźnym lub pediatrycznym. Stwierdzili, że oskarżony nie dokonał pełnej oceny stanu zdrowia dziecka i nie zebrał prawidłowego wywiadu lekarskiego. Swoje stanowisko biegli rozwinęli opiniując na rozprawie w dniu 13 marca 2015 roku (k. 1711-1731). Stwierdzili, że w dniu 25 grudnia 2008 roku nie można było jeszcze rozpoznać sepsy, ale należało podejrzewać powikłanie ospy wietrznej, w tym myśleć o możliwości rozwijania się sepsy, bo były to powikłania septyczne, które musiały rozwinąć się w sposób naturalny. Podkreślili, że jest to jeden z podstawowych stanów zagrożenia życia w pediatrii, wymagający pilnej interwencji i jest to wiedza podstawowa, którą powinien wykazywać się każdy lekarz. Z ich opinii wynika, że w każdej strategii diagnostycznej należy uwzględniać „czarny scenariusz” rozwoju wypadków, mogący zaistnieć w związku z

powikłaniami już rozpoznanych chorób. Zaznaczyli, że ból kończyny u dziecka gorączkującego – nawet bez ospy – jest uważany za sygnał alarmujący. Wyjaśnili, że taki ból może zwiastować uszkodzenia naczyń, w których dochodzi do ogniskowego rozwoju zakażenia. Z ich twierdzeń wynika, że w przypadku „niepowikłanej” ospy wietrznej ból kończyny nie występuje. Odnosząc się do różnic w diagnostyce pomiędzy niewymagającym leczenia reaktywnym zapaleniem stawów, a septycznym zapaleniem stawów (które nie leczone charakteryzuje się progresywnym przebiegiem i narastaniem objawów miejscowych) wskazali, iż w tym wypadku obraz choroby związany z wysoką gorączką w kolejnych dniach oraz występującym bólem, przemawiały za rozpoznaniem powikłań septycznych. Biegli zauważyli, że w trakcie lekarskiej wizyty domowej nie sposób zróżnicować tych dwóch typów zapalenia i właśnie dlatego konieczna była diagnostyka szpitalna, a nie pozostawienie dziecka w domu. Ze stanowiska opiniujących wynika, że ewentualna diagnostyka laboratoryjna mogła rzucić „jakieś światło” na sytuację zdrowotną J. O., ale postępowanie lekarza odbywającego wizytę rodzinną winno być nakierowane na wykluczenie scenariusza w którym życie pacjenta jest zagrożone, co w tym stanie faktycznym nakazywało skierowanie małoletniego do szpitala. Biegli przyznali, że w okresie świątecznym wykonanie zleconych badań laboratoryjnych może być utrudnione. Wyjaśnili, że ocena postępowania ocena zachowania lek. P., mającej kontakt z pokrzywdzonym w dniu 24 grudnia 2008 roku i oskarżonego, nie może być analogiczna. Wskazali, że w czasie wcześniejszego badania temperatura pacjenta nie przekraczała 39 stopni, zaś utykanie i ból nogi występowały od dnia poprzedniego. Biegli zaznaczyli, że mimo wdrożenia leczenia zaleconego przez lek. P. doszło do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta (w tym wzrostu temperatury). Ich zdaniem stanowiło to objaw alarmowy, który powinien skłonić oskarżonego do skierowania dziecka do obserwacji w szpitalu i wykonania diagnostyki, która nie została jeszcze wykonana. Odnosząc się do kwestii skierowania przez oskarżonego do matki J. O. nakazów podtrzymujących zalecenia lek. P. biegli stwierdzili, że jego zachowanie było za mało imperatywne. Zaznaczyli, że w przypadku wystawienia skierowania do szpitala jego zachowanie zostałoby inaczej ocenione. Pokreślili, że należało uświadomić rodziców chorego jakie mogą być konsekwencje niewykonania badań i jak poważne mogą być powikłania. Opiniujący zauważyli też, że lekarz nie prosi o wykonanie badań, ale je zleca i powinien mieć wiedzę, że dostępność badań może być ograniczona i jedynym miejscem, gdzie można było w miarę szybko rozwikłać przyczyny powikłania był szpital lub SOR. Odnosząc się do poprawy kondycji J. O. w dniu 26 grudnia 2008 roku stwierdzili, że nawet przejściowa poprawa stanu i zmniejszenie objawów nie przerywały konieczności ustalenia rozpoznania. Dodali, że w przypadku streptococcus pyogenes – paciorkowca stwierdzonego u J. O. – zakażenie rozwija się dłużej, bowiem sepsa to pewien proces, a nie punkt w czasie. Z ich stanowiska wyrażonego na rozprawie wynika, że skierowanie pokrzywdzonego do szpitala przez M. K. (1) byłoby należytym dopełnieniem ścieżki diagnostycznej.

Odnosząc się do czynności podjętych przez S. D. biegli w opinii podstawowej wskazali, że odesłanie J. O. po przeprowadzeniu badania w zakresie zakaźności ospy do szpitala przy ul. (...) również nie było właściwym postępowaniem (k. 327). Stwierdzili, że objawy występujące u pokrzywdzonego wskazywały jednoznacznie na uogólnioną infekcję bakteryjną będącą powikłaniem ospy wietrznej (występujące zaburzenia obrazu krwi wynikały z rozwoju uogólnionego zakażenia) i w takim wypadku oddział chorób zakaźnych był właściwym miejscem do prowadzenia diagnostyki i terapii. W pisemnej opinii uzupełniającej biegli dodali, że lekarze specjaliści chorób zakaźnych byli kompetentni, aby prowadzić odpowiednią diagnostykę i terapię, a brak bezpośredniego dostępu do onkologa, hematologa i chirurga dziecięcego nie stanowił argumentu przeciwko leczeniu J. O. w szpitalu zakaźnym (k. 510-511). Opiniując na rozprawie w dniu 20 marca 2015 roku biegli wskazali, że pokrzywdzony powinien być przyjęty do szpitala zakaźnego i tam leczony w związku z powikłaniami ospy wietrznej nawet pomimo braku zakaźności tej choroby (k. 1752-1762). Zaznaczyli, że pierwszoplanową strategią winno być umieszczenie chorego na oddziale zakaźnym w celu leczenia, a w momencie czynności podejmowanych przez S. D. brak było danych do wnioskowania, że J. O. kwalifikuje się do umieszczenia w OIT. Biegli zauważyli, że hospitalizacja mogłaby zapobiec konieczności leczenia w OIT. Wskazali, że w szpitalu na ul. (...) było możliwe m.in. wykonanie pełnego badania fizykalnego i pilne włącznie antybiotykoterapii. Wskazanej ścieżki postępowania zdaniem biegłych nie zmieniał fakt, że w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta mogłaby zaistnieć konieczność przetransportowania go do innej jednostki. Opiniujący wyjaśnili, że choć zwykle właściwe leczenie rozpoczyna się hospitalizując pacjenta, ale w przypadku zakażenia inwazyjnego w wielu sytuacjach leki podaje się na izbie przyjęć, czy nawet w czasie konsultacji. Pokreślili, powołując się na doświadczenie zawodowe, iż wielokrotnie spotkali się w analizowanych przypadkach w których prawidłowo rozpoznano sepsę, że pierwszą czynnością lekarza było pilne zlecenie pobrania posiewu i podania antybiotyku, a



dopiero potem były wykonywane inne czynności. Odnosząc się do faktu, iż J. O. został skierowany ze szpitala przy ul. (...) biegli zaznaczyli, że oskarżona podejmując czynności względem tego pacjenta nie powinna sugerować się tym skąd dziecko „przyjechało”, tylko podjąć się rozwiązania problemu związanego z chorobą zakaźną. Dodali, że przyjęcie pokrzywdzonego na oddział zakaźny zwiększało jego szanse, tym bardziej, że nie cierpiał on na schorzenia hematologiczne i leczenie ospy na oddziale hematologicznym nie było naturalne. Opiniujący zauważyli, że odesłanie J. O. ze szpitala przy ul. (...) do szpitala przy ul. (...) „zwykłą” karetką jest sprzeczne z tezą, iż znajdował się on wówczas w stanie zagrożającym życiu.

Dokonując oceny opinii zespołu biegłych Sąd Rejonowy, zgodnie ze wskazaniami Sądu Najwyższego zawartymi w uzasadnieniu wyroku z dnia 21 czerwca 2017 roku wydanego w sprawie II KK 74/17, uwzględnił fakt, iż miały one na celu zgromadzenie informacji pozwalających na ocenę realizacji przez oskarżonych wszystkich znamion czynu zabronionego wskazanego w art. 160 § 3 k.k. w zw. z art. 2 k.k. Biegli należycie odnieśli się do postawionych przed nimi zadań i w sposób przekonujący wyjaśnili swój tok rozumowania, skutkujący przyjęciem, że zarówno M. K. (1) jak i S. D. w kontakcie z pokrzywdzonym popełnili błędy medyczne. Należy podkreślić, że w przypadku każdego z oskarżonych biegli odnosili się konkretnej sytuacji w jakiej lekarze podejmowali czynności związane z zapewnieniem opieki medycznej małoletniemu, w tym do wynikających z tej sytuacji ograniczeń. Uwzględnił oni fakt, że M. K. (1) odbywał wizytę domową, zaś S. D. przyjęła J. O. w szpitalu zakaźnym przy ul. (...) w związku ze skierowaniem go przez inną placówkę medyczną. Odnosząc prawidłowy tok postępowania lekarzy przedstawiony w opinii zespołu biegłych do sytuacji w jakiej działali oskarżeni, należy stwierdzić, iż bez trudu mogli oni wypełnić zalecenia przedstawione przez biegłych.

Ze stanowiska biegłych wynika jednoznacznie, że stan zdrowia J. O. w dniu 25 grudnia 2008 roku uzasadniał skierowanie go do szpitala. Biegli zarzucili oskarżonemu brak stanowczości w działaniu. Ten zarzut znajduje potwierdzenie w relacji rodziców pokrzywdzonego. Z wypowiedzi A. K. wynika, że oskarżony utrzymywał ją w przekonaniu, iż stan zdrowia jej syna nie wymaga niezwłocznego podjęcia jakichkolwiek dodatkowych czynności niż zlecone przez lekarza mającego kontakt z pokrzywdzonym w 24 grudnia 2008 roku. Za przekonujące należy uznać wyjaśnienia biegłych dlaczego inaczej ocenili postępowanie M. K. (1) i lek. P., wskazując, że mimo wdrożenia leczenia zaleconego przez lek. P. doszło do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Ze stanowiska biegłych jednoznacznie wynika, że w taki stan dziecka stanowił objaw alarmowy, który powinien skłonić oskarżonego do skierowania J. O. do obserwacji w szpitalu i wykonania diagnostyki, która nie została jeszcze wykonana. W tym miejscu należy zaznaczyć, że bez znaczenia dla oceny postępowania oskarżonego pozostaje, czy możliwe było w okresie świątecznym wykonania badań zleconych przez lek. P.. Jak wynika z opinii oskarżony działał w określonym stanie faktycznym, dysponował określonymi wynikami badań. Ze stanowiska biegłych wynika, że brak wykonania badań stanowił dodatkowy argument przemawiający za skierowaniem małoletniego do szpitala. Konieczne było jednoznaczne ustalenie, czy boląca noga na którą uskarżał się gorączkujący pokrzywdzony, który przechodził ospę wietrzną, stanowi groźne powikłanie tej choroby (mogące doprowadzić do śmierci pacjenta), czy też przyczyna tej dolegliwości jest inna. Uwzględniwszy więc stanowisko biegłych zasadne jest stwierdzenie, że M. K. (1) podczas domowej wizyty lekarskiej nie dokonał pełnej oceny stanu zdrowia małoletniego, w tym zaniechał dokładnego badania stawów oraz nie zebrał prawidłowego wywiadu lekarskiego. Powyższe skutkowało ograniczeniem się przez oskarżonego do zalecenia kontynuowania zleconego już wcześniej sposobu leczenia J. O., w sytuacji gdy zasadne, celem dokonania pełnej oceny stanu zdrowia pokrzywdzonego, było niezwłoczne umieszczenie go w szpitalu zakaźnym i pediatrycznym.

Sąd nie znalazł również podstaw, aby zakwestionować trafność stanowiska biegłych w zakresie oceny postępowania S. D.. Biegli w sposób stanowczy stwierdzili, że objawy występujące u J. O. w chwili jego kontaktu z oskarżoną jednoznacznie wskazywały na uogólnioną infekcję bakteryjną będącą powikłaniem ospy wietrznej i w takim wypadku oddział chorób zakaźnych był właściwym miejscem do leczenia chorego. Biegli w żadnym wypadku nie podnosili, że postępowanie oskarżonej winno być zdeterminowane faktem, iż pokrzywdzony trafił do szpitala zakaźnego w związku z wątpliwościami jakich nabrała lekarz A. P., zatrudniona w szpitalu przy ul. (...). Dodatkowo dostępne dowody, w tym twierdzenia A. P. jednoznacznie wskazują, że oskarżona musiała zakładać, iż J. O. może być hospitalizowany w oddziale zakaźnym, przy czym miało to być uzależnione od zakaźności ospy. Wypada powtórzyć, że z opinii

wynika, iż dziecko winno być przyjęte na oddział zakaźny i takie rozwiązanie zwiększało jego szanse, bowiem leczenie powikłań ospy na oddziale hematologicznym nie byłoby naturalne. Za przekonujące, bowiem oparte na dostępnej dokumentacji medycznej i wiedzy biegłych należy uznać ich twierdzenia, że w momencie czynności podejmowanych przez S. D. pokrzywdzony wymagał pilnego rozpoczęcia antybiotykoterapii. W tych okolicznościach za logiczny należy uznać wniosek, iż decyzja oskarżonej o odesłaniu pokrzywdzonego na oddział hematologiczny była błędem medycznym, bowiem w oczywisty sposób wydłużała rozpoczęcie adekwatnego leczenia chorego, sprowadzający się przede wszystkim do podaniu mu antybiotyków. Z opinii biegłych, która nie została podważona w przekonujący sposób wynika ponadto, iż wykonanie tych czynności jak najbardziej było możliwe w szpitalu na ul. (...). Sąd podziela pogląd opiniujących, iż brak oddziału intensywnej terapii dla dzieci w tej jednostce nie stanowił przeciwwskazania do hospitalizacji w niej małoletniego. Zgodzić się należy ze stanowiskiem, iż w momencie kontaktu z oskarżoną J. O. nie wymagał umieszczenia na oddziale intensywnej terapii. Zasadne jest również stwierdzenie, że postępowanie oskarżonej wskazywało, że ona również nie rozważyła konieczności umieszczenia małoletniego na takim oddziale, skoro odesłała go na oddział hematologiczny, a nie oddział intensywnej terapii.

### ***Sąd Rejonowy w zakresie rozważań prawnych zważył, co następuje:***

Art. 160 § 3 k.k. stanowi, iż karze podlega kto działając nieumyślnie naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Stronę podmiotową tego przestępstwa charakteryzuje znamię nieumyślności w znaczeniu, jakie nadaje mu art. 9 § 2 k.k. Sprawca nie ma więc zamiaru narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naraża go jednak w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności w sytuacji, w której narażenie takie przewidywał lub, obiektywnie rzecz biorąc, mógł przewidzieć.

Przestępstwo opisane w art. 160 § 3 k.k., ma charakter skutkowy (materialny) i należy do kategorii przestępstw z konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo. Skutkiem jest sprowadzenie przez sprawcę określonego stanu rzeczy, który charakteryzuje się tym, że towarzyszy mu pewien obiektywnie istniejący potencjał niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tak ujęty skutek, oznaczający narażenie dobra prawnego na niebezpieczeństwo, może (choć nie musi) przerodzić się w jego naruszenie. Przypisanie tak ujętego skutku wymaga ustalenia, że - po pierwsze - swoim nieodpowiednim zachowaniem sprawca zwiększył ponad społecznie dopuszczalną miarę prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnego skutku oraz że - po drugie - skutek ów przybrał postać realnego, znaczącego wzrostu niebezpieczeństwa (tzn. prawdopodobieństwa) utraty życia przez inną osobę. Innymi słowy - zachowanie sprawcy realizuje znamiona przestępstwa stypizowanego w art. 160 k.k., gdy zwiększa prawdopodobieństwo znaczącego wzrostu niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia człowieka. Skutkiem, działania sprawcy przestępstwa z art. 160 § 3 k.k. jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa (zob. M. Bielski, Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo, PS 2005, nr 4, s. 119 i n.). Należy podzielić stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w postanowieniu z 3 czerwca 2004 roku w sprawie V KK 37/04. Sąd Najwyższy wskazał wówczas, że: "Skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 § 1 k.k. może urzeczywistnić się także 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 przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądanego zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia".

Obowiązek zapobiegnięcia skutkowi o jakim mowa w art. 2 k.k. może przede wszystkim wynikać z aktu normatywnego o randze ustawy. Art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2018 roku, poz. 617) stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 marca 2015 roku wydanym w sprawie IV KK 32/15 potwierdził, że: „Obowiązek ten musi wynikać z jasno sprecyzowanych reguł prawnych, których źródłem – w odniesieniu do określonej osoby – jest treść aktu normatywnego, orzeczenia sądu, umowy, czy też skonkretyzowana sytuacja faktyczna, w której w sposób jednoznaczny urzeczywistnia się powstanie po stronie tej osoby odnośnego wymagania, zapobiegającego powstaniu skutku stanowiącego znamię określonego typu czynu”. W kontekście powołanych przepisów nie może budzić wątpliwości, że na oskarżonych jako lekarzach ciążył obowiązek zapewnienia pokrzywdzonej pomocy medycznej, która winna niwelować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta. W konsekwencji należy uznać, iż za nienależyte wypełnienie tego obowiązku oskarżeni mogą ponosić odpowiedzialność karną na podstawie art. 2 k.k.

Jeżeli brak działania jest wynikiem błędu diagnostycznego, to wówczas lekarz będzie odpowiadał za nieumyślne narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu kwalifikowane z art. 160 § 2 i 3 k.k., bowiem jako wyżej wskazano na takim lekarzu ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo.

Ustalony przebieg zdarzeń pozwala na uznanie S. D. i M. K. (1) za winnych popełnienia występku z art. 160 § 2 i 3 k.k.

Choć z ustalonego stanu faktycznego wynika, że oskarżeni w porównaniu do lekarzy skazanych w postępowaniu prowadzonym w sprawie pod sygn. II K 499/12 mieli krótszy kontakt z pokrzywdzonym, to w świetle przekonujących wniosków zawartych w opinii zespołu biegłych, oni również mieli możliwość podjęcia działań skutkujących zmniejszeniem stopnia zagrożenia życia i zdrowia w jakim znalazł się J. O. w związku z zapadnięciem na ospę wietrzną, która przebiegała z powikłaniami. Oskarżeni byli gwarantem nienastąpienia skutku – w tym wypadku co najmniej w postaci pogorszenia się stanu zdrowia pokrzywdzonego.

Należy powtórzyć za biegłymi, że M. K. (1) powinien uwzględnić fakt, że stan zdrowia małoletniego w dniu 25 grudnia 2008 roku, pomimo wdrożenia leczenia zapoczątkowanego przez lek. P. nie uległ poprawie i utrzymywały się niepokojące dolegliwości (wysoka gorączka i ból nogi). W tych okolicznościach oskarżony winien był dążyć do zapewnienia pokrzywdzonemu możliwe najlepszej diagnostyki i w tym celu zasadnym było skierowanie małoletniego do szpitala. Postępowanie oskarżonego wskazuje na zlekceważenie sygnałów dotyczących bólu nogi zgłaszanych przez matkę pacjenta, co skutkowało dokonaniem niepełnej, a przez to błędnej oceny stanu zdrowia J. O..

Zważywszy treść opinii biegłych, Sąd nie miał wątpliwości, że również S. D. popełniła błąd medyczny, uzasadniający przypisanie jej odpowiedzialności za występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. Sąd uwzględnił, że oskarżona, badając pokrzywdzonego, działała wykonując prośbę o konsultację stanu chorego wystosowaną przez lek. A. P.. Należy przy tym zaznaczyć, co podkreślono w opinii zespołu biegłych, iż z zapisów dokumentacji medycznej wynika, że dziecko zostało skierowane na konsultację i celem rozważania hospitalizacji w oddziale zakaźnym. Nie budzi wątpliwości, że oskarżona podejmując czynności wobec J. O. powinna zakładać, iż lekarze mający wcześniejszy kontakt z pokrzywdzonym dokonali nieprawidłowego rozpoznania schorzenia z jakimi zmagał się małoletni. Jednocześnie S. D. w swym postępowaniu nie mogła ograniczać wyłącznie do roli konsultanta i nie podejmować leczenia chorego, które leżało w zakresie możliwości organizacyjnych szpitala zakaźnego i było niezbędne do tego, aby stan zdrowia pokrzywdzonego nie ulegał pogorszeniu. Biegli podkreślili konieczność niezwłocznego zastosowania antybiotykoterapii, której wdrożenie zostało opóźnione decyzją S. D. o przewiezieniu chorego do szpitala na ul. (...).

O tym, że stopień narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu był realny i znaczący świadczy zgon pokrzywdzonego. Jednocześnie z tego faktu nie można jednak wnioskować o realności wystąpienia skutku dla życia i zdrowia pokrzywdzonego w postaci bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa dla tych dóbr, które to niebezpieczeństwo oskarżeni mogli odwrócić. Jak bowiem wynika z opinii biegłych powikłania ospy wietrznej w postaci paciorkowcowych nadkażeń bakteryjnych cechują się ciężkim przebiegiem i złym rokowaniem. Nawet prawidłowe leczenie nie daje gwarancji zachowania życia i zdrowia. Gdyby właściwie oceniono sytuację zdrowotną J. O. i niezwłocznie włączono prawidłowe leczenie istniała szansa na uratowanie życia pokrzywdzonego. Biegli zaznaczyli jednak, że brak jest gwarancji, iż przy prawidłowym leczeniu szansa ta zostałaby zrealizowana i wskazali, że możliwa

jest sytuacja, w której nawet prawidłowe leczenie nie zapobiegłoby śmierci pokrzywdzonego, co oznacza, że do zgonu mogłoby dojść nawet w przypadku prawidłowego postępowania medycznego. Brak jest więc podstaw do przyjęcia, że błędy lekarzy pozostają w związku przyczynowo – skutkowym z jego zgonem, choć nieprawidłowe postępowanie lekarskie na każdym etapie procesu diagnostyczno-leczniczego, w tym także postępowanie M. K. (1) i S. D. narażało dziecko na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (k. 329). 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. Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 roku wydany w sprawie IV KK 43/13).

Nie ma żadnych przeszkód w przypisaniu oskarżonym winy. Są oni osobami pełnoletnimi, zdrowymi i poczytalnymi.

Za znacznym stopniem społecznej szkodliwości czynów przypisanych M. K. (2) i S. D. przemawia rodzaj naruszonego dobra chronionego prawem - w postaci zdrowia i życia ludzkiego, jak również grożąca pokrzywdzonemu na każdym etapie postępowania leczniczego szkoda – bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia i ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Oceniając stopień społecznej szkodliwości czynu Sąd miał na uwadze również okoliczności popełnienia przez oskarżonych - przypisanego każdemu z nich indywidualnie - czynu. Każdy z oskarżonych mógł udzielić pokrzywdzonemu właściwej pomocy medycznej, dającej szansę na odwrócenie stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia J. O..

Za występki opisany w art. 160 § 2 i 3 k.k. ustawodawca przewidział grzywnę, karę ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Kierując się dyrektywami zawartymi w art. 3 k.k. oraz art. 53 § 1 i § 2 k.k. Sąd uznał, że adekwatną karą dla za popełnienie przestępstwa przypisanego wyrokiem z dnia 19 grudnia 2018 roku będzie w przypadku S. D. kara grzywny w wysokości 60 stawek dziennych, przy ustaleniu wysokości jednej stawki na kwotę 100 złotych, zaś w przypadku M. K. (1) kara grzywny w wysokości 100 stawek dziennych, przy ustaleniu wysokości jednej stawki na kwotę 100 złotych. Kary te zostały wymierzone według własnego uznania, z baczeniem na to, by pozostawały one orzeczone w granicach przewidzianych przez ustawę, przy czym górną ich granicę wyznaczał stopień zawinienia. W polu widzenia Sądu pozostawało to, by orzeczona kara nie przekroczyła stopnia winy. Zważywszy na wcześniejszą niekaralność oskarżonych i zachowanie cechujące się nieumyślnością wymierzenie względem nich kar pozbawienia wolności lub ograniczenia wolności byłoby nadmierną represją. Wysokość grzywien będzie stanowiła realną dolegliwość, a jednocześnie leży w granicach możliwości finansowych oskarżonych. Różnicując ilość stawek dziennych w przypadku grzywien orzeczonych wobec oskarżonych Sąd uwzględnił okoliczności wskazane w art. 115 § 2 k.k., a więc rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Zachowanie M. K. (1) należy uznać za bardziej naganne niż S. D.. Z ustalonego stanu faktycznego wynika, że zlekceważył on informacje o stanie zdrowia pokrzywdzonego przekazywane przez matkę dziecka i w związku z tym nie wyciągnął właściwych wniosków co do dalszego należytego leczenia pacjenta. Natomiast S. D. można zarzucić, że choć dokładnie zbadała pacjenta, to w podejmowaniu decyzji o przetransportowaniu chorego do szpitala na ul. (...), kierowała się ustaleniami poczynionymi z lekarzem z tej jednostki, zamiast skupić się na niezwłocznej konieczności podjęcia niezbędnych czynności medycznych, których wykonanie było możliwe w szpitalu na ul. (...).

W pkt III i IV wyroku Sąd zasądził od S. D. na rzecz Skarbu Państwa kwotę 600 (sześćset) złotych tytułem opłaty, natomiast od M. K. (1) tytułem opłaty zasądzono 1000 zł. Wysokość zasądzonej opłaty wynika z treści art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 roku o opłatach w sprawach karnych (tekst jednolity Dz. U. z 1983 roku, nr 49, poz. 223 z późniejszymi zmianami). Brak było podstaw do obciążania S. D. i M. K. (1) zwrotem poniesionych w sprawie wydatków przez Skarb Państwa, bowiem wydatki te zostały rozliczone w całości na podstawie postanowienia z dnia

31 grudnia 2015 roku pomiędzy oskarżonych, którzy zostali prawomocnie skazani w postępowaniu w sprawie II K 499/12 (k. 2237-2239).