



Sygn. akt IV KK 221/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 marca 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Zbigniew Puskarski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Jerzy Grubba

SSN Paweł Wiliński

Protokolant Dorota Szczerbiak

przy udziale prokuratora Prokuratury Krajowej Andrzeja Pogorzelskiego,

w sprawie **M. D.**

uniewinnionego od popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 k.k.

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie

w dniu 4 marca 2020 r.,

kasacji, wniesionej przez Prokuratora Rejonowego w M.

od wyroku Sądu Okręgowego w K.

z dnia 16 listopada 2018 r., sygn. akt VII Ka (...),

zmieniającego wyrok Sądu Rejonowego w M.

z dnia 4 stycznia 2018 r., sygn. akt II K (...),

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje do ponownego
rozpoznania w postępowaniu odwoławczym Sądowi
Okręgowemu w K.**

UZASADNIENIE

M. D. został oskarżony o to, że w dniu 17 czerwca 2015 r. w M. jako lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala nr (...) w M., na którym ciążył obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem A. J., przy stwierdzonym u pokrzywdzonego urazie głowy, działając nieumyślnie, dopuścił się błędu medycznego decyzyjnego poprzez zaniechanie pozostawienia pacjenta na Oddziale Ratunkowym Szpitala celem monitorowania stanu jego organizmu, a nadto poprzez zaniechanie wykonania badania diagnostycznego w postaci tomografii komputerowej głowy, nie rozpoznając u wymienionego krwaka podtwardówkowego nad prawą półkulą mózgu, co odroczyło w czasie przeprowadzenie zabiegu operacyjnego ze względów życiowych, czym naraził A. J. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a które narażenie mógł przewidzieć, tj. o przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k.

Sąd Rejonowy w M. wyrokiem z dnia 4 stycznia 2018 r., sygn. akt II K (...), uznał M. D. za winnego tego, że w dniu 17 czerwca 2015 r. w M. jako lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala nr (...) w M., na którym ciążył obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem A. J., przy stwierdzonym u pokrzywdzonego urazie głowy, działając nieumyślnie, dopuścił się błędu medycznego decyzyjnego poprzez zaniechanie wykonania badania diagnostycznego w postaci tomografii komputerowej głowy, które to badanie mogło ewentualnie wykluczyć lub potwierdzić wystąpienie obrażeń wewnątrzczaszkowych u A. J., u którego wystąpił krwak podtwardówkowy nad prawą półkulą mózgu, czym naraził A. J. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a które narażenie mógł przewidzieć, tj. przestępstwa z art. 160 § 2 i § 3 k.k. i za to na podstawie art. 160 § 3 k.k. wymierzył mu karę 6 miesięcy pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawiesił na okres próby 2 lat, zobowiązując oskarżonego do informowania Sądu o przebiegu okresu próby. Na mocy art. 46 § 1 k.k. tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę zobowiązał oskarżonego do zapłaty na rzecz oskarżycieli posiłkowych K. J. i E. J. oraz pokrzywdzonej A. K. kwoty po 5.000 zł. Zasądził od oskarżonego koszty sądowe (wydatki i opłatę) w łącznej kwocie 17.446,11 zł.

Apelację od powyższego wyroku, zaskarżając go w całości, złożył obrońca oskarżonego. Podniósł zarzuty rażącej obrazy licznych przepisów prawa

procesowego oraz błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę wydanego orzeczenia. Twierdząc, że uchybienia te miały wpływ na treść zaskarżonego wyroku, wniósł o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Po rozpoznaniu apelacji, Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 16 listopada 2018 r., sygn. akt VII Ka (...), zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że uniewinnił M. D. od popełnienia przypisanego mu czynu.

Kasację od prawomocnego wyroku Sądu odwoławczego złożył Prokurator Rejonowy w M.. Zaskarzając wyrok w całości, zarzucił „rażące i mające istotny wpływ na treść orzeczenia naruszenie prawa materialnego, mianowicie art. 160 § 2 w zw. § 3 k.k. poprzez wyrażenie nieprawidłowego poglądu co do interpretacji znamion przestępstwa stypizowanego w tym przepisie i stwierdzenie, iż odpowiedzialność karna oskarżonego za to przestępstwo warunkowana jest istnieniem wyniku badania TK przesądzającego ze 100 procentową pewnością, że wewnątrzczaszkowe zmiany pourazowe u pokrzywdzonego byłyby obecne w czasie badania i w przypadku braku takiego ustalenia, stwierdzenie niedających się usunąć wątpliwości, a w konsekwencji stwierdzenie braku istnienia związku przyczynowego pomiędzy uchybieniem oskarżonego, polegającym na niezleceniu badania TK pokrzywdzonego, a skutkiem polegającym na narażeniu A. J. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i uniewinnienie oskarżonego, podczas gdy prawidłowa interpretacja znamion przestępstwa stypizowanego w art. 160 k.k. prowadzi do przeciwnych wniosków.”

Podnosząc ten zarzut, Prokurator wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w K..

W pisemnej odpowiedzi na kasację obrońca oskarżonego wniósł o jej oddalenie jako oczywiście bezzasadnej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Kasacja jest zasadna. Przed podaniem powodów takiej oceny skargi, celowe będzie przedstawienie poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych oraz argumentacji sądów obu instancji.

Sąd Rejonowy ustalił, że 17 czerwca 2015 r. wieczorem, znajdujący się już pod wpływem alkoholu A. J. przyszedł do mieszkającego w tym samym bloku Ł. S. i razem z nim pił wódkę. Po godzinie 22-ej został odprowadzony przez Ł. Skupina pod drzwi swojego mieszkania, jednak przed wejściem przewrócił się, upadając na podłogę. Zaraz po upadku był nieprzytomny, obficie krwawił z okolic oka i ust. Został zanieśiony do mieszkania, gdzie odzyskał przytomność i skąd został zabrany przez ratowników medycznych - załogę wezwanej karetki pogotowia ratunkowego, do szpitala w M.. W karcie czynności medycznych ratownicy zapisali m.in., że u pacjenta, z którym był utrudniony kontakt, rozpoznali stłuczenie głowy, stwierdzili też krwiak pod prawym okiem, ranę wargi górnej, krwawienie z nosa.

W szpitalnej izbie przyjęć dyżur pełnił oskarżony M. D., lekarz rezydent ortopedii i traumatologii, a więc niemający wiedzy specjalistycznej pozwalającej należycie diagnozować tego rodzaju przypadki (w jednej ze sporządzonych później opinii medycznych wskazano, że „oceny w/w pacjenta powinni dopilnować stosowni specjaliści nadzorujący jego pracę” – k. 153 odw. akt sprawy). Podjął on decyzję o wykonaniu badania Rtg, które nie wykazało zmian w kościach czaszki A. J. i po rozmowie z pacjentem, który potwierdził, że przed zdarzeniem pił alkohol, postawił diagnozę, że zaistniało u niego tylko stłuczenie twarzoczaszki. Podjął decyzję o odesłaniu pacjenta do domu, zalecając mu stosowanie okładów z lodu i prowadzenie oszczędnego trybu życia. Po uzyskaniu telefonicznej informacji, że A. J. może być zabrany ze szpitala, pojechała tam jego partnerka A. K. razem z Ł. Skupinem; zastali oni A. J. samotnie siedzącego na korytarzu w wózku inwalidzkim. Nie miał przy sobie karty wypisowej, takowa nie została też wydana A. K., której nie udzielono również informacji, jak postępować z pacjentem.

Po obudzeniu się następnego dnia, A. J. czuł się źle (miał ciężki oddech, skarżył się na silny ból głowy), a jego stan systematycznie się pogarszał. Po południu zaczął mieć problemy z utrzymaniem równowagi, tracił przytomność, pojawił się u niego niedowład lewej części ciała. Po godzinie 19-tej, na wezwanie A. K. przyjechała załoga pogotowia ratunkowego, która zastała A. J. leżącego na łóżku, bez kontaktu, wydającego nieartykułowane bełkotliwe dźwięki. Z rozpoznaniem stanu po urazie głowy, zaburzeniami świadomości, przewieziono go do szpitala w Jaworznie, gdzie został przyjęty w trybie pilnym. Niezwłocznie wykonane badanie tomografem

komputerowym (TK) wykazało u pacjenta krwiak podtwardówkowy wokół prawej półkuli mózgu o szerokości 2 cm i inne zmiany chorobowe, w tym ognisko krwotoczne o średnicy 1 cm i warstwę świeżo wynaczynionej krwi. Z konsultacji anestezyjologicznej wynikało, że A. J. był już nieprzytomny, chociaż, co nie wydaje się spójne, w epikryzie odnotowano, że wybiórczo spełniał polecenia. Następnie został przewieziony do Centralnego Szpitala Klinicznego w K., gdzie w Klinice Neurochirurgii wykonano zabieg operacyjny – kraniotomię czołowo-skroniowo-ciemieniową prawostronną, z usunięciem krwiaka podtwardówkowego. Nie przyniósł on oczekiwanego skutku, bowiem A. J. zmarł następnego dnia, tj. 19 czerwca 2015 r. o godz. 10.08. Ustalono, że przyczyną zgonu były obrażenia mózgu z następstwami – obrażeniami krwotocznymi śródczaszkowymi i następowym pourazowym obrzękiem mózgu. Ustalono też, że A. J. od dłuższego czasu nadużywał alkoholu, cierpiał na cukrzycę oraz marskość wątroby, przy czym drugie z tych schorzeń powikłane małopłytkowością i zaburzeniami krzepnięcia krwi predysponowało do łatwiejszego występowania różnego rodzaju krwawień, w tym wewnątrzczaszkowych. Przewlekłe zmiany chorobowe w sposób znaczący przyczyniły się do poszerzenia zakresu uszkodzeń krwotocznych śródczaszkowych po urazie głowy, jakiego doznał A. J..

W toku wszczętego postępowania karnego m.in. zostały uzyskane dwie specjalistyczne opinie na okoliczność prawidłowości czynności medycznych podejmowanych wobec A. J., zwłaszcza czynności lekarza, który pierwszy się z nim zetknął, tj. M. D.. Według opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w B., postępowanie tego lekarza nie było prawidłowe, bowiem mimo ewidentnej wiedzy o urazie głowy, którego doznał pacjent i wiedzy co do potencjalnych następstw takiego urazu, nie zlecił wykonania badania tomografii komputerowej głowy. Zlecone badanie Rtg czaszki nie było wystarczające, bowiem daje wiedzę o stanie kości czaszki, ale nie daje żadnej wiedzy o potencjalnych obrażeniach mózgu. Nadmieniono, że nie ma całkowitej pewności, iż wykonanie badania TK bezpośrednio po urazie pozwoliłoby z całą pewnością na stwierdzenie obrażeń wewnątrzczaszkowych, jednak brak wykonania stosownej diagnostyki u pacjenta po urazie głowy (przy założeniu, że w chwili badania rozwijały się lub rozwinęły powikłania wewnątrzczaszkowe), a co za tym idzie zmniejszenie szans

ustalenia prawidłowego rozpoznania, stanowi naruszenie zasad postępowania z pacjentami po urazach głowy, skutkujące narażeniem na stan zagrożenia zdrowia A. J.. Miał przy tym znaczenie stan jego nietrzeźwości, bowiem spożycie alkoholu daje zbliżone objawy do urazu czaszkowo-mózgowego i nie można klinicznie odróżnić skutków intoksykacji alkoholowej od skutków obrażeń mózgu. Jeżeli zatem pacjent po urazie głowy jest zarazem pod wpływem alkoholu, powinno być wykonane badanie TK, by wykryć potencjalne obrażenia czaszkowo-mózgowe. Dopiero wykonanie takiego badania upoważniałoby do twierdzenia, że dołożono wszelkich starań, by wyjaśnić jaki jest stan zdrowia pacjenta, jakkolwiek w opinii wskazano, że nie istnieją sztywne rekomendacje czy jednoznaczne standardy postępowania z pacjentami po urazie głowy.

W opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu Medycznego w K. podano m.in., że krwaki podtwardówkowe są najczęstszym śmiertelnym uszkodzeniem występującym przy urazie głowy, przy czym duża ilość takich krwaków powstaje na skutek upadków i uderzenia głową o twarde podłoże. Często nie współistnieją one z uszkodzeniami kości czaszki, a predystynowane do ich występowania są osoby starsze i alkoholicy. Po urazie głowy, którego konsekwencją jest krwawienie wewnątrzczaszkowe, w badaniu TK po pierwszych kilkudziesięciu minutach, czasem bezpośrednio po urazie, powinny pojawić się m.in. radiologiczne cechy stopniowego wynaczynienia się krwi, narastającego obrzęku mózgu, ogniskowego stłuczenia tego organu, chociaż patologicznym zmianom radioobrazowym mogą nie towarzyszyć zaburzenia świadomości. Brak wykonania badania TK głowy u A. J., który w czasie badania lekarskiego w szpitalu przed północą 17 czerwca 2015 r. nie wykazywał ewidentnych objawów patologicznych wskazujących na uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, uniemożliwia jednak ustalenia zakresu uchwytanych i pierwotnych obrażeń jakich doznał wymieniony. Ocena stanu jego zdrowia była utrudniona w związku z jego stanem nietrzeźwości, który mógł zamazywać kliniczne początkowe objawy patologiczne ze strony ośrodkowego układu nerwowego, a ewidentne objawy kliniczne w postaci stopniowego pogorszenia świadomości, bólu głowy, nudności pojawiły się u niego następnego dnia. Jeżeli przyjąć hipotetycznie, że do urazu głowy doszło u A. J. 17 czerwca 2015 r. pomiędzy godz. 22.00 a 23.00, to

powikłania wewnątrzczaszkowe o charakterze uszkodzeń krwotocznych w postaci narastającego krwiaka podtwardówkowego w badaniu radioobrazowym metodą TK powinny stopniowo pojawiać się w pierwszej godzinie po urazie, jednak nie można jednoznacznie ustalić jak było w tym konkretnym przypadku.

W oparciu o te opinie Sąd Rejonowy uznał, że oskarżony wypełnił znamiona przypisanego mu przestępstwa, bowiem:

- jako na lekarzu pełniącym dyżur w szpitalnej izbie przyjęć, ciążył na nim obowiązek opieki nad przywiezionym do szpitala pacjentem,
- będąc gwarantem, a więc podmiotem zobowiązanym do „podejmowania zachowań skierowanych przeciwko skutkowi”, nie zachował podstawowej powinności prawnej gwaranta wynikającej z art. 9 § 2 k.k., tj. ostrożności wymaganej w danych okolicznościach,
- na lekarzu, członku zespołu ratunkowego, ciążył obowiązek gwaranta w zakresie zapobiegania bezpośredniemu niebezpieczeństwu wystąpienia skutków określonych w art. 160 § 1 k.k., przy czym obowiązki te aktualizują się w momencie wystąpienia niebezpieczeństwa, które musi być obiektywnie rozpoznawalne *ex ante*
- wspomniane obowiązki obejmują przeprowadzenie czynności diagnostycznych, pozwalających lekarzowi na ustalenie, czy występują zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta oraz podjęcie stosownych czynności terapeutycznych, zmniejszających owo zagrożenie, o ile obiektywnie jest to możliwe,
- zachowanie oskarżonego w chwili diagnozowania pacjenta nie było prawidłowe, bowiem biegli jasno wskazali, że w przypadku pacjenta, u którego stwierdzono uraz głowy i który znajdował się pod wpływem alkoholu, oskarżony powinien zlecić wykonanie badania tomografii komputerowej głowy, by wykluczyć lub potwierdzić, czy nie doszło do obrażeń wewnątrzczaszkowych i na podstawie wyniku tego badania podjąć ewentualne dalsze czynności. Nadto oskarżony miał wiedzę, że pacjent upadł ze schodów, co łącznie z zewnętrznymi obrażeniami, jakie u niego stwierdzono, mogło świadczyć, że uraz ten, doznany z większą siłą, mógł być poważny. O wiedzy tej świadczy zresztą zlecenie wykonania badania Rtg czaszki pacjenta,
- w realiach sprawy wykonanie tego badania nie było wystarczające, gdyż nie daje ono żadnej wiedzy na temat ewentualnych obrażeń mózgu. Oskarżony nie zlecił

natomiast badania o największej istotności w odniesieniu do pacjentów po urazie (TK), tym bardziej potrzebnego, że A. J. był nietrzeźwy, co utrudniało odróżnienie skutku działania alkoholu od skutków urazu czaszkowo-mózgowego,

- powyższe stanowiło naruszenie zasad postępowania z pacjentami po urazach głowy, bowiem zmniejszyło szanse prawidłowego rozpoznania, tj. rozpoznania krwiaka podtwardówkowego nad prawą półkulą mózgu. Jak wspomniano, według opinii (...) Uniwersytetu Medycznego w przypadkach po urazie głowy, konsekwencją którego jest krwawienie wewnątrzczaszkowe, w badaniu TK w pierwszych kilkudziesięciu minutach, czasem bezpośrednio po urazie, pojawiają się m.in. radiologiczne cechy stopniowego wynaczyniania się krwi, narastającego obrzęku mózgu, ogniskowego stłuczenia mózgu itp.,

- odpowiednio wczesne rozpoznanie uszkodzenia wewnątrzczaszkowego umożliwiłoby wcześniejsze podjęcie względem pacjenta odpowiednich działań medycznych. Brak aktywności wymaganej od oskarżonego (jako gwaranta nienastąpienia skutku), w postaci zaniechania wykonania badania TK głowy, doprowadził do tego, że nie został zmniejszony stan istniejącego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia A. J., zatem można oskarżonemu przypisać skutek w postaci narażenia, o jakim mowa w art. 160 § 1 k.k.,

- zachowanie oskarżonego cechowało się nieumyślnością. Nie miał on zamiaru narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naraził je jednak w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której narażenie człowieka, obiektywnie biorąc, mógł przewidzieć.

W pisemnym uzasadnieniu wyroku Sądu drugiej instancji podano, że chociaż organ ten podzielił pogląd Sądu *meriti*, iż postępowanie oskarżonego w stosunku do A. J. było nieprawidłowe wobec niezlecenia badania głowy pacjenta przy użyciu tomografu komputerowego, to jednak powziął wątpliwości, czy M. D. swoim zachowaniem wyczerpał znamiona przypisanego mu przestępstwa. Miał przy tym na uwadze, że dla prawidłowego przypisania oskarżonemu tego przestępstwa było konieczne stwierdzenie związku przyczynowego pomiędzy ustalonym uchybieniem (nieprzeprowadzenie badania TK pokrzywdzonego), a skutkiem polegającym na narażeniu A. J. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku

na zdrowiu. Dlatego dopuścił kolejny dowód, tym razem z opinii Instytutu Badań i Ekspertyz Sądowych w K. (dla jasności, nie chodzi o krakowski Instytut Ekspertyz Sądowych im. (...)) na okoliczność, czy jest możliwe, że gdyby oskarżony w trakcie pobytu pokrzywdzonego na szpitalnym oddziale ratunkowym zlecił przeprowadzenie badania A. J. przy użyciu tomografu komputerowego, to badanie to mogłoby nie wykazać istnienia u pokrzywdzonego obrażeń wewnętrznych czaszkowych.

W opinii wymienionego Instytutu stwierdzono, że badanie TK mogłoby nie wykazać u pokrzywdzonego u pokrzywdzonego obrażeń wewnętrznych czaszkowych, nawet mimo ich rzeczywistego istnienia. Stwierdzono też, że nie można z całą pewnością stwierdzić, czy wewnętrzne zmiany pourazowe w tamtej chwili były w ogóle obecne, skoro wykonane dzień później badanie TK wykazało, że ilość wynaczynionej krwi zwiększała się z czasem, a nie można stwierdzić jakie i jak rozległe były zmiany pierwotne w czasie badania pokrzywdzonego przez oskarżonego w szpitalu w M..

Sąd odwoławczy uznał tę opinię za pełną, jasną i niezawierającą sprzeczności, i doszedł do wniosku, że w jej świetle w sprawie istnieją niedające się usunąć wątpliwości. Nie można było bowiem z całą pewnością stwierdzić, czy gdyby oskarżony krytycznego dnia zlecił badanie TK A. J., to badanie to wykazałoby istnienie u niego obrażeń wewnętrznych czaszkowych, nawet mimo ich zaistnienia, a nadto czy takie zmiany były w tej dacie w ogóle obecne. W takiej sytuacji miała zastosowanie reguła wynikająca z treści art. 5 § 2 k.p.k., nakazująca niedające się usunąć wątpliwości rozstrzygać na korzyść oskarżonego. Brak bowiem było pewnych i niebudzących wątpliwości dowodów, które by wykazały istnienie związku przyczynowego pomiędzy uchybieniem oskarżonego, a skutkiem polegającym na narażeniu A. J. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W konsekwencji należało uniewinnić M. D. od zarzutu popełnienia przypisanego mu przestępstwa.

Oceniając krytycznie ten wywód należy stwierdzić, że pochośnie wyklucza on karną odpowiedzialność lekarza, pozostawiając jego zachowanie w sferze ewentualnej odpowiedzialności li tylko zawodowej (dyscyplinarnej), nawet w razie zaistnienia ewidentnych uchybień w zakresie sprawowania opieki nad pacjentem, mogących spowodować daleko idące, niekorzystne dla niego następstwa. W niedostatecznym

też stopniu uwzględnia, że wymaganym, a przez to wystarczającym znamieniem zarzucanego oskarżonemu występku jest skutek nie w postaci naruszenia dobra człowieka (życia, zdrowia), ale w postaci konkretnego narażenia tego dobra na niebezpieczeństwo.

W niniejszej sprawie przedmiotem uwagi sądów orzekających był błąd lekarza w postępowaniu leczniczym. W piśmiennictwie prawniczym wymienia się różne błędy lekarskie (zob. np. A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Zakamycze 1998, s. 153 i n.; T. Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie, Warszawa 2013, s. 468 i n.; M. Wolińska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, Prok. i Pr. 2013, nr 5, s. 25 i powołane tam opracowania), w tym jeden z najczęściej występujących w praktyce błąd diagnostyczny. Polega on na wyciągnięciu z objawów chorobowych innych wniosków niż te, które dyktowane są wiedzą medyczną, ale też na nierozpoznanie w ogóle pewnych objawów, a także wadliwym przeprowadzeniu samych badań służących postawieniu diagnozy bądź w ogóle pominięciu takich badań (zob. A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988, s. 63; także G. Rejman, Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1991, s. 180; R. Kędziora Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009, s. 212). Właśnie na pominięciu (nieprzeprowadzeniu) bezpiecznego dla pacjenta badania przy użyciu tomografu komputerowego, gdy w konkretnym przypadku należało to uczynić, polegał błąd popełniony przez oskarżonego M. D. Badanie oparte na obrazie uzyskanym przy użyciu aparatu Rtg było powierzchowne, bowiem odbiegało od uznanego za mieszczące się w ramach *lege artis* badania w analogicznych sytuacjach. Jak wspomniano, Sąd Okręgowy, nie negując tego faktu, uznał jednak, że nie wchodzi w grę odpowiedzialność karna oskarżonego, bowiem stosując regułę *in dubio pro reo*, nie można uznać z całą pewnością, iż zachodzi związek przyczynowy pomiędzy uchybieniem oskarżonego, a skutkiem, o którym mowa w art. 160 § 1 k.k. Oparł się na opinii sporządzonej przez Instytut Badań i Ekspertyz Sądowych w K., w której podano, po wyjaśnieniu pojęć czułości i swoistości badania oraz odwołaniu się do specjalistycznego piśmiennictwa, że na 100 pacjentów z krwakiem podtwardówkowym, badanie TK pozwoli prawidłowo rozpoznać zmiany wobec 76 do 88 pacjentów, natomiast w

przypadku od 12 do 24 pacjentów badanie nie wykryje zmian, pomimo ich istnienia. W konsekwencji stwierdzono, że nawet w przypadku zlecenia wykonania badania TK, mogłoby ono nie wykazać u pokrzywdzonego obrażeń wewnątrzczaszkowych, nawet mimo ich rzeczywistego istnienia. Dodatkowo nadmieniono, co zresztą wynikało z opinii wcześniej sporządzonych, że nie można z całą pewnością stwierdzić, czy wewnątrzczaszkowe zmiany pourazowe w tamtej chwili były w ogóle obecne. W kontekście tej i wcześniej sporządzonych opinii, jak też argumentacji przedstawionej przez Sąd odwoławczy nie bez racji zawarto w kasacji spostrzeżenie, iż „rozumowanie Sądu odwoławczego prowadzi do niebezpiecznej i niedającej się pogodzić z porządkiem prawnym konstatacji (...)”. Zajęte przez ten Sąd stanowisko może być bowiem odczytane w ten sposób, że skoro przeprowadzenie badania przy użyciu tomografu komputerowego nie dają stuprocentowej pewności, że wewnątrzczaszkowe zmiany pourazowe u człowieka, który doznał urazu głowy, choćby rzeczywiście istniały, zostaną uwidocznione poprzez badanie, to przeprowadzanie takiego badania należałoby uznać w ogóle za bezcelowe. Odnosi się to również do innych, uważanych za standardowe w danym przypadku badań medycznych, które z reguły przyczyniają się do postawienia trafnej diagnozy, chociaż nie zawsze to gwarantują. Lekarz nie ponosiłby w zasadzie odpowiedzialności za nieprzeprowadzenie takiego badania, w szczególności odstąpienie lekarza od wykonania uznawanego za konieczne badania nie dawałoby podstaw do przyjęcia, że może on ponieść odpowiedzialność z art. 160 k.k. Podobnie wykluczona byłaby taka odpowiedzialność przy braku absolutnej pewności, że u pacjenta w chwili podejmowania decyzji co do sposobu diagnozowania istniały potencjalnie uchwytne określonym badaniem zmiany chorobowe (w przypadku TK np. obrażenia wewnątrzczaszkowe). Autor kasacji trafnie odwołał się również do utrwalonych w judykaturze poglądów, że skutkiem należącym do znamion występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. (w skardze nietrafnie jednak wskazano, że chodzi o znamiona strony podmiotowej) jest nie tylko wywołanie sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale również na utrzymaniu (nieodwróceniu, niezmnieszeniu), względnie spotęgowaniu istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza – gwaranta (zob. np. postanowienie

SN z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04, OSNKW 2004, z. 7-8, poz. 73; wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2008 r., IV KK 381/07, OSNKW 2008, z. 7, poz. 56; także T. Sroka, *op. cit.*, s. 120). Biorąc pod uwagę realia rozpatrywanej sprawy, trzeba uznać, że już w czasie pobytu w szpitalu w M. A. J. znajdował się w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem, o którym mowa w art. 160 § 1 k.k. (choć nie takim, że szanse na uratowanie mu życia były znikome), zatem odpowiedzialność oskarżonego zachodziłaby w wypadku ustalenia, że swoim zaniechaniem choćby nie zmniejszył owego niebezpieczeństwa, które niewątpliwie wraz z upływem czasu wzrastało.

Jak wspomniano, w ocenie Sądu drugiej instancji istotne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności oskarżonego miała nie tylko ograniczona skuteczność badania TK, ale też brak pewności, że już podczas bytności A. J. w szpitalu w M. istniały u niego zmiany pourazowe w obrębie mózgu. Miało to uniemożliwiać wykazania istnienia związku przyczynowego pomiędzy uchybieniem oskarżonego, a skutkiem polegającym na narażeniu A. J. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Takie podejście do zagadnienia nasuwa zastrzeżenia, bowiem dla odpowiedzialności za występki z art. 160 § 3 k.k. nie ma znaczenia okoliczność, czy podjęcie przez sprawcę zaniechanego działania było w stanie odwrócić niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta. Wystarczającym znamieniem tego występkę jest wszak skutek nie w postaci naruszenia tego chronionego dobra, ale w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo. Z tego punktu widzenia niewłaściwe było skierowane na etapie postępowania przygotowawczego do Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w B. pytanie, czy „istnieje związek przyczynowy pomiędzy wykazaną nieprawidłowością postępowania lekarza M. D. a faktem śmierci lub pogorszenia stanu zdrowia A. J.” (k. 154 akt sprawy).

Wspomniano również, że w opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) Uniwersytetu Medycznego stwierdzono, że „jeśli przyjąć hipotetycznie, że do urazu głowy doszło pomiędzy godziną 22.00 a 23.00 dnia 17 czerwca 2015 r., to powikłania wewnątrzczaszkowe pourazowe o charakterze uszkodzeń krwotocznych, w badaniu radioobrazowym met. tomografii komputerowej w postaci narastającego krwiaka podtwardówkowego nad prawa półkulą i pozostałe uszkodzenia mózgu powinny stopniowo się pojawiać w pierwszej godzinie po

urazie” (k. 160). Wynika z tego, niezależnie od poczynionego zastrzeżenia („jak było faktycznie w konkretnym przypadku, nie można jednoznacznie ustalić”), że prawdopodobieństwo istnienia uszkodzeń mózgu u A. J. w czasie jego kontaktu z oskarżonym było wysokie. Podobnie dr hab. med. W. Ł., współautor opinii Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w B., określając, że „do godziny, jeżeli jest wszystko szybko robione, to pacjent trafia do badania tomograficznego”, stwierdził, iż „zazwyczaj, jak pacjent trafia w nasze ręce, to są już zmiany urazowe, które są widoczne w badaniach TK” (k. 289). W związku z tym trzeba podkreślić, iż w uzasadnieniu wyroku z dnia 21 sierpnia 2012 r., IV KK 42/12, Sąd Najwyższy wskazał, że jeżeli lekarz, jako gwarant życia i zdrowia człowieka, jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia, to ma obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane, jako dające szanse na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa „pierwotnego”, a nie tylko takie, które mogą do tego prowadzić w sposób pewny. Jest przy tym znacząca wypowiedź wspomnianego W. Ł., że „nie jej (tj. tomografii komputerowej – uw. SN) wynik jest tu najbardziej istotny, tylko brak tego badania” (k. 288).

Wysokie prawdopodobieństwo zarówno zaistnienia u pokrzywdzonego zmian w mózgu w niedługim czasie po upadku na klatce schodowej, jak również ich zdiagnozowania w razie przeprowadzenia badania TK nie może być traktowane, tylko z powodu braku pewności w tym zakresie, jako niemogące skutkować, wobec sięgnięcia do normy z art. 5 § 2 k.p.k., odpowiedzialnością lekarza za czyn z art. 160 § 3 k.k. W tym względzie można też powołać poglądy wyrażane przez przedstawicieli nauki prawa. J. Giezek stwierdził, że „w pewnych sytuacjach przypisania nie da się oprzeć na kauzalności zgodnego z prawem zachowania alternatywnego, lecz musi nam wystarczyć prawdopodobieństwo tego, że gdyby sprawca zachował się odpowiednio, to negatywny skutek nie wystąpiłby. (...). Skutek w postaci realnego i znaczącego wzrostu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo (należący do znamion art. 160 k.k.) może zostać przypisany nie tylko wtedy, gdy w przypadku zgodnego z prawem zachowania alternatywnego do tak ujętego skutku ponad wszelką wątpliwość nie doszłoby, ale także wówczas – gdy nie mając pewności co do wartości kauzalnej owego zachowania – stwierdzić jedynie możemy, że w przypadku jego podjęcia prawdopodobieństwo tego, że realny i znaczący wzrost narażenia

nie nastąpi, okazałoby się dostatecznie duże”. (...) Negatywnie oceniane zachowanie sprawcy realizuje znamiona przestępstwa stypizowanego w art. 160 k.k., gdy istotnie zwiększa ono prawdopodobieństwo znaczącego wzrostu niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia człowieka” (Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04, Palestra 2005, nr 1-2). Natomiast według T. Sroki, „w przypadku czynu mającego postać zaniechania konieczna jest analiza tzw. hipotetycznego przebiegu przyczynowego i odpowiedź na pytanie, czy podjęcie przez sprawcę alternatywnego zachowania, zgodnego z regułami postępowania z dobrem prawnym, pozwoliłoby uniknąć skutku przestępnego. (...) do przypisania skutku wystarczające jest udowodnienie, że wykonanie przez gwaranta nienastąpienia skutku wymaganych w danych okolicznościach działań z dużym prawdopodobieństwem (oba podkr. – SN) pozwoliłoby zapobiec skutkowi, z uwagi na ograniczoną wiedzę na temat przebiegów przyczynowych zachodzących w organizmie człowieka i z natury rzeczy ich probabilistyczny charakter w przypadku działań polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych” (*op. cit.*, s. 566-567). Pozostając na gruncie przedmiotowej sprawy, można też zauważyć, że paradoksalna byłaby sytuacja, kiedy to oskarżenie oparte na niezleceniu przez lekarza wykonania koniecznego badania pacjenta musiałoby upaść tylko dlatego, że brak jest materiału dowodowego z powodu niewykonania badania.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy orzekł jak w wyroku. Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy uwzględni przedstawione zapatrywania prawne, jak też okoliczność, że użyta przez ustawodawcę w treści art. 160 § 1 k.k. alternatywa rozłączna (sprawca naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu) nakazuje w razie skazania określenie, czego nie uczynił Sąd pierwszej instancji, które z dóbr wymienionych w tym przepisie zostało narażone.