

POSTANOWIENIE

Dnia 5 marca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Wiesław Kozielowicz (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Kazimierz Klugiewicz

SSN Małgorzata Wąsek-Wiaderek

Protokolant Danuta Bratkrajc

przy udziale prokuratora Prokuratury Krajowej Jerzego Engelkinga
w sprawie **W. G.**

oskarżonego z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie

w dniu 5 marca 2019 r.,

kasacji wniesionej przez pełnomocnika oskarżyciela posiłkowego

od wyroku Sądu Okręgowego w K.

z dnia 26 czerwca 2017 r., sygn. akt IV Ka [...]

utrzymującego w mocy wyrok Sądu Rejonowego w K.

z dnia 2 lutego 2017 r., sygn. akt II K [...]

- 1. oddala kasację jako oczywiście bezzasadną;**
- 2. zasądza od oskarżyciela posiłkowego L. Z. na rzecz oskarżonego W. G. kwotę 1920 zł (tysiąc dziewięćset dwadzieścia złotych) tytułem zwrotu kosztów związanych z udziałem obrońcy w postępowaniu kasacyjnym przed Sądem Najwyższym;**
- 3. obciąża oskarżyciela posiłkowego L. Z. kosztami sądowymi postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

W. G. został oskarżony o to, że w okresie od 14 lipca 2010 r. do 20 grudnia 2011 r. w K., wykonując zawód lekarza – ginekologa w ramach prywatnego gabinetu lekarskiego, mając możliwość i obowiązek opieki nad swoją pacjentką A. Z., nieumyślnie naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że zaniechał zalecenia w należyтым terminie koniecznych badań diagnostycznych i czynności terapeutycznych z uwagi na zaniechania, jakich dopuścił się w zakresie sprawdzenia i ujawnienia wyników badań cytologicznych z dnia 14 lipca 2010 r., a to poprzez fakt, że nie zapoznał się należycie ze zleconym przez siebie wynikiem tego badania – które wskazywało na dysplazję w zakresie nabłonków szyjki macicy, których obraz cytologiczny odpowiadał grupie III wg Papanicolaou i obligował do zalecenia dalszych działań weryfikacyjnych, nie podjął działań mających na celu ujawnienia wyżej wymienionego wyniku pacjentki, powodując tym istotną i znaczną zwłokę w podjęciu leczenia związanego z chorobą nowotworową szyjki macicy, co istotnie pogorszyło rokowania pacjentki i ograniczyło możliwość podjęcia skutecznego leczenia, to jest o przestępstwo z art. 160 § 3 k.k. z zw. z art. 160 § 2 k.k.

Sąd Rejonowy w K. wyrokiem z dnia 2 lutego 2017 r., sygn. akt II K [...], uniewinnił W. G. od popełnienia zarzuconego mu czynu, a kosztami postępowania odciążył Skarb Państwa.

Od tego wyroku apelacje złożyli Prokurator Rejonowy w K. oraz pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego.

Prokurator w apelacji zarzucił obrazę przepisów postępowania, mającą wpływ na treść wyroku, a to naruszenie art. 7 k.p.k., poprzez brak całościowej, dogłębnej i trafnej analizy wszystkich istotnych okoliczności sprawy, sprzeczną z zasadami logicznego rozumowania, wiedzą i doświadczeniem życiowym ocenę rozważonego przez Sąd materiału dowodowego, a to poprzez odrzucenie wersji z której wynika, że w gabinecie oskarżonego W. G. istniał zwyczaj telefonicznego informowania pacjentek o niekorzystnych wynikach badań, przyjęcie hipotezy o możliwej kluczowej roli E. G. w przekazywaniu informacji pacjentkom, przyjęcie tezy o incydentalnym i współdzielonym z innymi lekarzami ginekologami charakterze opieki lekarskiej nad pokrzywdzoną, przyjęcie założenia o zaniechaniu

pokrzywdzonej w zakresie poddania się operacji wycięcia macicy i w konsekwencji o jej odpowiedzialności za rozwój choroby oraz tezy o możliwej daremności pogłębionej diagnostyki w razie ujawnienia wyniku badania bezpośrednio po jego uzyskaniu, a w konsekwencji dowolną a nie swobodną ocenę dowodów. Podnosząc ten zarzut wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Natomiast pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego w apelacji zarzucił:

1. obrazę przepisów postępowania, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 4 k.p.k. w zw. z art. 7 k.p.k., poprzez nieuwzględnienie okoliczności przemawiających na niekorzyść oskarżonego, w tym zeznań Z. D. – P. oraz U. i J. M. oraz wydanych w sprawie opinii biegłych sądowych z [...] Uniwersytetu Medycznego, a uwzględnienie tylko zeznań korzystnych dla oskarżonego, bez wskazania, dlaczego Sąd I instancji uznał wiarygodność zeznań ww. świadków, a jednocześnie się na nich nie oparł oraz dlaczego Sąd Rejonowy przyznał walor wiarygodności jednej z wielu opinii specjalistycznych, a to tej przemawiającej na korzyść oskarżonego;
2. obrazę przepisów postępowania, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 437 § 2 k.p.k., poprzez nieuwzględnienie wytycznych Sądu II instancji, który uchylił wyrok uniewinniający Sądu Rejonowego w K. i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Sąd orzekający nie przeprowadził dogłębnego postępowania dowodowego, a raczej oparł się na ustaleniach poczynionych przez Sąd, którego wyrok został uchylony;
3. obrazę przepisów postępowania, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 424 § 1 pkt. 1 k.p.k. w zw. z art. 410 k.p.k., poprzez sporządzenie uzasadnienia w sposób nieweryfikowalny dla Sądu odwoławczego, a także dla stron postępowania i nieuzasadnienie powodów, dla których Sąd I instancji oparł się na zeznaniach de facto jednej osoby, a to oskarżonego i jednej opinii biegłych, a także niewskazanie wytycznych Sądu II instancji, które zostały wypełnione przez Sąd obecnie orzekający;
4. obrazę prawa procesowego, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 7 k.p.k., poprzez zastąpienie swobodnej oceny dowodów oceną dowolną, a to w wyniku przyznania wiarygodności zeznaniom oskarżonego,

bez oparcia się na równie wiarygodnych zeznaniach świadków U. i J. M. oraz Z. D.- P., nadto nieuwzględnienie opinii biegłych [...] Uniwersytetu Medycznego, bez wskazania dokładnych przyczyn jej odrzucenia w poczet materiału stanowiącego podstawę wyroku, a przyznanie wyższości opinii wydanej w czasie późniejszym;

5. naruszenie prawa procesowego, a to art. 7 k.p.k. w związku z art. 410 k.p.k., mającego wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że odmowa zeznań E. G. stanowiła o nie włączeniu opinii biegłych z [...] Uniwersytetu Medycznego w poczet wiarygodnego materiału dowodowego, będącego podstawą orzekania, podczas gdy opinia, na której oparł się Sąd Rejonowy również powstała w sytuacji odmowy zeznań przez małżonkę oskarżonego;
6. obrazę przepisów postępowania, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 7 k.p.k. w związku z art. 410 k.p.k., poprzez nieuwzględnienie zeznań J. i U. M., mimo nadania im waloru wiarygodności, a także pierwszej opinii biegłych wydanej w sprawie;
7. obrazę przepisów postępowania, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 5 k.p.k., poprzez rozstrzygnięcie powziętych przez Sąd I instancji wątpliwości co do zwyczajów przyjętych w specjalistycznej praktyce lekarskiej, wynikających z rozbieżnych zeznań świadków, a wszystkich tych okoliczności na korzyść oskarżonego;
8. obrazę przepisów postępowania, mającego wpływ na rozstrzygnięcie, a to art. 2 § 2 k.p.k. w związku z art. 4 k.p.k. w związku 201 § 1 k.p.k., poprzez nieuwzględnienie opinii biegłych [...] Uniwersytetu Medycznego;
9. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że wizyty u lekarza ginekologa, wykonywane 2-3 razy w roku są nieregularne i stanowią o objęciu pacjentki opieką również w czasie pomiędzy tymi wizytami, co doprowadziło do nieustalenia obowiązku oskarżonego wobec A. Z. w zakresie poinformowania jej o alarmujących wynikach badań cytologicznych;
10. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że otrzymanie wyników badań cytologicznych w grupie

III wg Papanicolau nie było niepokojące i nie wymagało poinformowania pacjentki, a także wdrożenia odpowiedniej terapii;

11. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że decyzja o dalszym leczeniu, podjęta przez A. Z., była w pełni świadoma, podczas gdy brak wiedzy na temat własnego stanu zdrowia wyklucza możliwość świadomego dokonania wyboru w zakresie właściwej terapii;
12. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że zwyczajowe informowanie pacjentek o wynikach przeprowadzonych badań nie było podstawą ustalenia obowiązku lekarza w zakresie informowania ich o fatalnych wynikach badań profilaktycznych;
13. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że niedoinformowanie pacjentki nie zwiększyło niebezpieczeństwa dla jej zdrowia, podczas gdy informacja o wynikach cytologicznych mogłaby zapobiec jej chorobie i śmierci;
14. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że narażeniem na niebezpieczeństwo jest już niezmnieszenie stopnia zagrożenia, w jakim znajdowało się zdrowie pacjenta, co miało miejsce w przypadku zmarłej A. Z.;
15. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że lekarz nie jest gwarantem, o którym mowa w art. 2 k.k., mimo łączącej go umowy o świadczenie usług medycznych z pacjentem;
16. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że nie istniał adekwatny związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy niedoinformowaniem pacjentki a pogorszeniem jej stanu zdrowia, podczas gdy poinformowana pacjentka z pewnością podjęłaby leczenie, które nie doprowadziłoby do jej zgonu;
17. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że stwierdzenie wyniku badania cytologicznego w grupie III wg Papanicolau nie jest alarmujące i nie stwierdza zagrożenia chorobą nowotworową, mimo tego że jest to powszechnie uznany symptom zagrożenia chorobą nowotworową, która już może się rozwijać;

18. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że oskarżony nie był lekarzem prowadzącym leczenie A. Z., mimo, że zmarła bywała na wizytach u W. G. regularnie;
19. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie, że całokształt materiału dowodowego nie potwierdza winy oskarżonego.

Podnosząc te zarzuty pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego wniósł o zmianę wyroku co do istoty sprawy i uznanie W. G. winnym zarzucanego mu czynu, ewentualnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji.

Po rozpoznaniu tych apelacji, Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 26 czerwca 2017 r., sygn. akt IV Ka [...], zaskarżony wyrok utrzymał w mocy.

Od w/w wyroku Sądu Okręgowego w K. kasację złożył pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego. Zarzucił w niej:

1. rażące naruszenie prawa materialnego, tj.:

- a. **art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 2 k.k.** - poprzez błędne ich niezastosowanie w przedmiotowej sprawie przejawiające się brakiem uwzględnienia zakresu obowiązków gwaranta - lekarza, w szczególności w zakresie informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i przyjęcie, iż „żaden przepis prawa, ani przyjęta powszechna praktyka lekarska, nie zobowiązywała oskarżonego do zapoznawania się z wynikami jej (tj. A. Z.) badań zanim przyszła na wizytę kontrolną i poodejmowania samodzielnej inicjatywy poinformowania pacjentki o wyniku badania cytologicznego” w sytuacji, gdy „chowanie” do karty pacjenta wyników badań cytologicznych w grupie III wg Papanicolau, bez uprzedniego przejrzenia ich przez lekarza, musi być ocenione nie tylko jako naruszenie praw pacjenta do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, ale także przede wszystkim jako naruszenie obowiązków gwaranta - lekarza. Powyższe jest tym bardziej uzasadnione tym, iż wyniki badań cytologicznych, które ujawniają choroby nowotworowe, mają szczególny charakter i znaczenie

dla zdrowia pacjenta albowiem w przypadku chorób nowotworowych czas rozpoczęcia odpowiedniego leczenia ma istotne znaczenie dla jego powodzenia.

2. rażące i mające istotny wpływ na jego treść naruszenie prawa karnego procesowego, tj.:

- a. art. 201 k.p.k.**- poprzez niewłaściwe zastosowanie, polegające na bezzasadnym nieuwzględnieniu opinii opracowanej przez Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu [...], pomimo, że została ona przygotowana w sposób rzetelny, profesjonalny, a płynące z niej wnioski były jasne, logiczne, wyjaśniały istotę problemu, opierały się na wiedzy specjalistycznej, a nadto były w sposób należyty uzasadnione, przy jednoczesnym bezkrytycznym uwzględnieniu opinii biegłej sądowej z zakresu onkologii E. P., której poglądy w istocie przesądziły o takim a nie innym rozstrzygnięciu, tj. na korzyść oskarżonego, w sytuacji, gdy opinia ta budzi uzasadnione wątpliwości, co do jej rzetelności, albowiem biegła ta jest pracownikiem szpitalu, w którym pacjentka A. Z. w ostatniej fazie choroby poddawana była terapii, a nadto z najdalej posuniętej ostrożności podnieść należy, iż opinia przygotowana przez jedną osobę nie może stanowić wystarczającego przeciwdowodu dla opinii opracowanej przez zespół specjalistów,
- b. art. 7 k.p.k.** - poprzez brak kompleksowej, dogłębnej i merytorycznie trafnej analizy wszystkich istotnych okoliczności niniejszej sprawy, sprzeczną z zasadami logicznego rozumowania, wiedzą i doświadczeniem życiowym ocenę rozważonego przez Sąd materiału dowodowego, a to poprzez stanowcze odrzucenie wersji, iż źródłem obowiązku poinformowania pacjentki o wyniku badania cytologicznego była ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przyjęcie założenia o zaniechaniu pokrzywdzonej w zakresie poddania się operacji wycięcia macicy i w konsekwencji o jej odpowiedzialności za rozwój choroby,
- c. art. 7 k.p.k.** - poprzez zaniechanie zidentyfikowania i oceny źródeł obowiązków lekarza – gwaranta, w kontekście utrwalonych, nieskodyfikowanych zasad wykonywania zawodu lekarza oraz reguł, które wynikają z wiedzy i doświadczenia życiowego w kontakcie z dobrem prawnym jakim jest zdrowie ludzkie, a więc z tzw. „mądrości życiowej” i doświadczenia dnia codziennego.

Podnosząc te zarzuty **wniósł** o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w K. do ponownego rozpoznania.

Prokurator Rejonowy w K., w pisemnej odpowiedzi na kasację wniósł o uznanie kasacji za zasadną.

Sąd Najwyższy zważył co następuje.

Kasacja jest oczywiście bezzasadna.

Na wstępie należy przypomnieć, że przepis art. 535 § 3 k.p.k., w zdaniu pierwszym do średnika, formułuje brak wymogu sporządzenia pisemnego uzasadnienia orzeczenia Sądu Najwyższego, w razie uznania kasacji za oczywiście bezzasadną, natomiast w zdaniu drugim, po średniku, przepis ten określa obowiązek sporządzenia takiego uzasadnienia, w sytuacjach procesowych tam wymienionych, w których uzasadnienie należy sporządzić, na wniosek strony. Brak ustawowego wymogu sporządzenia pisemnego uzasadnienia postanowienia nie oznacza ustawowego zakazu sporządzenia w takiej sytuacji pisemnego uzasadnienia, które może zostać sporządzone, w różnym zakresie, w razie podjęcia decyzji przez Sąd Najwyższy, pomimo uznania kasacji za oczywiście bezzasadną. W niniejszej sprawie Sąd Najwyższy zdecydował o pisemnym odniesieniu się tylko do kwestii wynikającej z zarzutu pierwszego kasacji, tj. czy na lekarzu zlecającym badania diagnostyczne ciąży obowiązek zapoznania się z wynikami zleconych badań, oraz czy lekarz zobowiązany jest także do poinformowania pacjenta o wynikach tych badań.

Jak wynika z niekwestionowanych ustaleń faktycznych, poczynionych w niniejszej sprawie, oskarżony W. G. jest lekarzem specjalistą ginekologiem – położnikiem, praktykującym w prywatnym gabinecie ginekologiczno – położniczym w K.. W tym samym miejscu praktykę prowadzi żona oskarżonego – lekarz medycyny E. G., także specjalista ginekolog – położnik. Gabinet oferuje m.in. przeprowadzanie badań cytologicznych, przy czym wymazy pobrane przez W. G. analizowała E. G.. W gabinecie zatrudniona jest położna, która prowadzi także rejestrację. A. Z. korzystała z porad W. G.. W latach 2006 – 2012 odwiedziła jego gabinet jedenaście razy. Dokumentacja medyczna wskazuje również, iż A. Z. korzystała w tym okresie także z porad innych ginekologów i wykonywała badania cytologiczne w innych przychodniach. Podczas wizyty A. Z. w gabinecie W. G.,

w dniu 14 marca 2010 r. m. in. zdiagnozowano utrzymujące się cechy anemii oraz progresję mięśniaka. Oskarżony zalecił wtedy operację ginekologiczną i wykonanie badania cytologicznego. W dniu 14 lipca 2010 r. pobrał on materiał do badania cytologicznego, który następnie analizowała E. G., sporządzając stosowny dokument opatrzony datą 15 lipca 2010 r. Obraz cytologiczny próbkę pobranej od A. Z. odpowiadał grupie III Papanicolaou, stwierdzono komórki dysplastyczne małego i średniego stopnia oraz niespecyficzną florę: koki i zapalenie w tym cervicitis. Oskarżony W. G. dołączył ww. wynik badania cytologicznego do karty A. Z., jednak nie zapoznał się z nim. A. Z. nie zgłosiła się po odbiór wyniku badania cytologicznego, ani też nie umówiła się na kolejną wizytę w gabinecie W. G.. Nie poddała się też, wbrew zaleceniom oskarżonego, operacji w celu usunięcia mięśniaków, ani też badaniu NMR – przy czym obie te procedury medyczne przyczyniły by się do wcześniejszego ujawnienia i ewentualnie wyleczenia choroby nowotworowej (wyjaśnienia W. G., tom III, k. 176, t. II k. 287 – 288, wynik badania cytologicznego, tom I k. 22 – 23, opinia ZMS [...] w K., tom III k. 8 – 48, opinia ustna lekarza med. R. S., tom III, k. 174 – 175). Nie budzi wątpliwości, że badanie cytologiczne jest badaniem przesiewowym. Uzyskany wynik badania cytologicznego A. Z., przeprowadzonego w lipcu 2010 r. nie wskazywał na złośliwy proces nowotworowy. Uzyskany wynik tego badania winien był natomiast skutkować rozszerzeniem diagnostyki. Z opinii biegłych wynika, że zaistnienie choroby nowotworowej u A. Z. w lipcu 2010 r. było możliwe, jednak nie jest możliwe stwierdzenie tego faktu w sposób kategoriyczny (opinia ZMS [...] w K., opinia ustna lekarza med. R. S., opinia E. P., tom III, k. 311 – 316). Kolejny raz A. Z. zgłosiła się do gabinetu W. G. dopiero 20 grudnia 2011 r., kiedy to stwierdzono u niej krwawienie z dróg rodnych i cechy ciężkiej anemii. Oskarżony W. G. skierował A. Z. do Szpitala [...]. W dniu 3 stycznia 2012 r. w Szpitalu [...] w K., na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym, wykonano u A. Z. łyżeczkowanie jamy macicy i pobrano od niej wycinki. Następnego dnia na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano u niej raka płaskonabłonkowego z wyskrobin z tarczy i wyskrobin z jamy macicy. W dniach od 18 do 27 stycznia 2012 r. A. Z. była hospitalizowana w Szpitalu [...] w K. z rozpoznaniem raka szyjki macicy. W dniu 19 stycznia 2012 r. przeszła tam zabieg

operacyjny, następnie w okresie od 23 lutego do 16 kwietnia 2012 r. w Centrum Onkologii w K. otrzymała leczenie skojarzone chemio - i radioterapię. Przeprowadzone dnia 27 lipca 2012 r. badanie CT jamy brzusznej A. Z. wykazało zmiany przerzutowe w wątrobie i okołoaortalnych węzłach chłonnych. A. Z. zmarła 27 września 2012 r.

W literaturze podkreśla się, że według tradycyjnej etyki medycznej, odwołującej się do korzeni tzn. Przysięgi Hipokratesa, wyznacznikami etycznej słuszności działań lekarza jest: a) działanie na rzecz dobra pacjenta (zasada dobroczynności), oraz b) unikanie wyrządzania pacjentowi jakiegokolwiek szkody (zasada nieszkodzenia).

Współcześnie oprócz tych dwóch zasad, wskazuje się też na zasadę autonomii pacjenta oraz zasadę sprawiedliwości (T. Beauchamp, E. Childress, Zasady, etyki medycznej, Warszawa 1996 r.). Zasada autonomii nakłada na pacjenta obowiązek podjęcia decyzji co do własnego leczenia. Dla realizacji jej niezbędne jest aby pacjenci podejmowali decyzje świadomi istoty swoich wyborów i racjonalnie przewidywalnych ich konsekwencji. Mówi się o konieczności posiadania przez pacjentów adekwatnej wiedzy, która wcześniej musi być pacjentom właściwie przekazana przez pracowników ochrony zdrowia. Podkreśla się, że sposób jej przekazania stanowi właśnie pozytywne kryterium, które można nazwać, kryterium komunikacji, ze względu na realizację zasady autonomii pacjenta. Wskazuje się, że kryterium to jest realizowane, o ile w danym systemie ochrony zdrowia, po pierwsze, informacja ta jest dostępna dla pacjenta, tzn. pacjent może uzyskać daną informację natychmiast, gdy tylko pojawi się potrzeba jej zdobycia, po drugie jest udzielana otwarcie, tj. komunikatywnie i szczerze, po trzecie zaś, informacja jest przekazywana w odpowiedni etycznie sposób, tj. życzliwie i z zachowaniem szacunku dla pacjenta (por. L. Niebrój, D. Jadamus – Niebrój, Intensywna terapia noworodka: opieka nad pacjentem i jego rodziną, w: L. Niebrój, M. Kosińska (red), Rodzina: dziecko i jego potrzeby zdrowotne, Katowice 2003, s. 43 – 48). Art. 13 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. - Kodeks etyki lekarskiej, głosi, że obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Informacja udzielana

pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Lekarz ma też poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. Z kolei art. 8 uchwały stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Pamiętać przy tym należy, że z art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r., o izbach lekarskich, wynika, iż członkowie izby lekarskiej są obowiązani: 1) przestrzegać zasad etyki lekarskiej, 2) przestrzegać przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, 3) stosować się do uchwał organów izb lekarskich. W doktrynie trafnie zauważa się też, iż podjęte wobec pacjenta przez lekarza czynności diagnostyczne, nie kończą się z chwilą wykonania wszystkich zaleconych przez lekarza badań, lecz dopiero w momencie zapoznania się przez zlecającego lekarza z wynikami tych badań (por. T. Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Warszawa 2013, s. 149 – 212). W świetle powyższego, a także treści powołanego w kasacji przepisu art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, można stwierdzić, że po pierwsze, z nałożonego na lekarza obowiązku postępowania z należytą starannością, wynika, iż na lekarzu zlecającym wykonanie określonych badań diagnostycznych pacjenta, ciąży zawsze obowiązek zapoznania się z ich wynikami (por. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 2008 r., WA 29/18), po drugie dla zrealizowania wynikającego z zasady autonomii pacjenta, obowiązku jego informacji, który ujęty jest zarówno w powołanym wyżej przepisie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i w przepisach Kodeksu etyki lekarskiej, do przestrzegania których lekarz jest zobowiązany z mocy art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, lekarz powinien zawsze podjąć, bez zbędnej zwłoki, działania w celu poinformowania pacjenta o wynikach przeprowadzonych badań diagnostycznych, zwłaszcza gdy wyniki te wskazują na zagrożenie życia lub zdrowia.

Przed laty profesor W. Grzywo – Dąbrowski pisał, że za swoją czynność lekarz może być odpowiedzialny tylko wtedy, gdy przekroczył, ze szkodą

dla chorego, ogólnie przyjęte zasady postępowania w wypadku zwykłym, nie wymagającym jakichś nadzwyczajnych umiejętności i zdolności, oraz gdy jednocześnie da się ustalić ścisły związek przyczynowy między tą czynnością lekarza (lub zaniechaniem wykonania pewnej czynności), a wynikłą stąd szkodą chorego (W. Grzywo – Dąbrowski, Medycyna sądowa dla prawników, Warszawa 1957). Oczywiście chodzi tutaj zawsze o ustalenie hipotecznego przebiegu przyczynowego. Z tego punktu widzenia, patrząc na realia sprawy, należy podkreślić, że z opinii biegłych z zakresu medycyny, ujawnionych w toku rozprawy głównej (w tym również opinii Zakładu Medycyny Sądowej [...] Uniwersytetu Medycznego) wynika, że badanie cytologiczne pokrzywdzonej A. Z. pozwalało na przyjęcie III grupy według Papanicolau, ale nie wskazywało jednoznacznie na obecność zmian nowotworowych, lecz na konieczność przeprowadzenia dalszej diagnostyki. Nadto, biegli z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo - Lekarskiej [...] Uniwersytetu Medycznego w K. stwierdzili, że grupa III według Papanicolau „może poprzedzać rozwój raka, ale może też wycofać się (ulec samoistnemu lub jatrogennemu wyleczeniu) bez istotnych trwałych skutków zdrowotnych”. Potwierdził to również biegły R. S. Na rozprawie w dniu 1 lutego 2017 r. („stopień III badania cytologicznego jest zmianą, która może się wycofać samoistnie, a może też w toku postępu dalszych procesów chorobowych przejść w zmianę nowotworową. Taki wynik badania cytologicznego może wynikać także z innych procesów chorobowych nie nowotworowych”). Biegła onkolog dr n. med. E. P. podała w swojej opinii, że dysplazja małego stopnia (a na takie zmiany oraz zmiany średniego stopnia wskazywało badanie cytologiczne wykonane u pokrzywdzonej A. Z.) może być wynikiem silnego odczynu zapalnego i cofnąć się po leczeniu.

Trafnie przy tym wskazuje obrońca oskarżonego W. G., w piśmie z dnia 30 listopada 2017 r., cyt. „nawet przy założeniu (niemożliwym do potwierdzenia), że w chwili wykonania badania cytologicznego (14 lipca 2010 r.) rak już u pacjentki występował, podejrzewanego umiejscowienie nowotworu u Pani A. Z. było takie, iż dalsza diagnostyka, przeprowadzana typowo w przypadku stwierdzenia grupy III Papanicolau, mogła i tak nie doprowadzić do wykrycia raka (o ile on występował), ponieważ wycinków do tych badań diagnostycznych nie pobiera się

z tego miejsca, w którym rozwijał się nowotwór u Pani A. Z.. Postępowanie lecznicze, które w takiej sytuacji dawało pewność wykrycia nowotworu, polegało na przeprowadzeniu operacji ginekologicznej i badań ją poprzedzających. Operację taką oskarżony zalecił, lecz pacjentka się na nią nie zdecydowała”. (cytat ze strony 13 pisma procesowego adw. J. Z. – obrońcy oskarżonego).