



Sygn. akt SDI 22/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 czerwca 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Cesarz (przewodniczący)

SSN Dorota Rysińska (sprawozdawca)

SSN Eugeniusz Wildowicz

Protokolant Anna Kuras

przy udziale Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorza Wrony,

w sprawie **lekarza T.S.**,

uniewinnionego od popełnienia przewinienia zawodowego z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zw. z art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej,

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie w dniu 8 czerwca 2017 r.

kasacji wniesionej przez pełnomocnika pokrzywdzonej

od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 23 czerwca 2016 r.,

zmieniającego orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego w [...] z dnia 19 stycznia 2016 r.,

**1. uchyla zaskarżone orzeczenie i sprawę przekazuje
Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu do ponownego rozpoznania w
postępowaniu odwoławczym,**

**2. zwraca A.M. wniesioną opłatę od kasacji w kwocie 750
(siedmuset pięćdziesięciu) złotych.**

UZASADNIENIE

Orzeczeniem z dnia 19 stycznia 2016 r. Okręgowy Sąd Lekarski w [...] uznał obwinionego lekarza, dr. n. med. T.S. za winnego popełnienia przewinienia zawodowego, polegającego na tym, że „*nie dołożył należytej staranności w postępowaniu lekarskim zaprezentowanym w okresie od 7.02.2013 r. – 13.02.2013r. w czasie leczenia pooperacyjnego P.M. w Oddziale Klinicznym Chirurgii Gastroenterologicznej, Onkologicznej i Ogólnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego [...], co polegało na niepodjęciu decyzji o relaparoskopii u P. M. pomimo istniejących ku temu wskazań*”, tj. popełnienia przewinienia zawodowego określonego w art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej w zw. z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz. U. z 2015 r., poz. 464), za które to przewinienie skazał go, na mocy art. 83 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich, na karę nagany.

Powyższe orzeczenie zostało zaskarżone przez obrońcę obwinionego lekarza, który w odwołaniu zarzucił błąd w ustaleniach faktycznych prowadzących do wydania orzeczenia skazującego, w sytuacji gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy, w zakresie postawionego zarzutu, prowadził do wydania orzeczenia uniewinniającego. Ponadto obrońca zarzucił niezasadne oddalenie wniosku dowodowego o przesłuchanie w charakterze świadków M. K. i S. S. oraz o zadanie dodatkowego pytania opiniującemu biegłemu prof. K. P. Na podstawie powyższego autor odwołania wniósł o przeprowadzenie dowodu z ustnej opinii tego biegłego oraz o zmianę zaskarżonego orzeczenia i uniewinnienie obwinionego.

Po rozpoznaniu odwołania (bez uzupełnienia przewodu sądowego w instancji odwoławczej) Naczelny Sąd Lekarski orzeczeniem z dnia 23 czerwca 2016 r. zmienił zaskarżone orzeczenie Sądu I instancji i uniewinnił obwinionego lekarza od popełnienia zarzucanego mu przewinienia.

Od powyższego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego kasację wniósł pełnomocnik pokrzywdzonej A. M. W skardze tej zarzucił zaskarżonemu orzeczeniu rażące naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na jego treść, a mianowicie:

„ 1) art. 89 ust. 3 pkt. 1 u.i.l. w zw. z art. 112 u.i.l. w zw. z 457 § 3 k.p.k. i art. 424 § 1 pkt. 1 i 2 k.p.k. poprzez wadliwe sporządzenie uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia o charakterze reformatoryjnym, polegające na zaniechaniu przedstawienia nie tylko oceny prawnej zachowania obwinionego, ale także zaniechaniu wskazania dowodów, które zdecydowały o niezbedności przyjęcia innych, niż ustalone przez Sąd I instancji faktów i okoliczności istotnych dla merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy;

2) art. 61 ust. 3 u.i.l. w zw. z art. 7 k.p.k. w zw. z art. 410 k.p.k., art. 424 § 1 pkt. 1 k.p.k., art. 433 k.p.k. oraz art. 193 § 1 k.p.k. polegającą na przekroczeniu zasad swobodnej oceny dowodów poprzez wybiórczą arbitralną oraz niepełną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wbrew zasadom logicznego rozumowania, wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego, a w szczególności poprzez:

- dokonanie kontroli odwoławczej bez odniesienia się do całości materiału dowodowego, w szczególności pominięcie istotnych wniosków opinii biegłego chirurga prof. K. P. sformułowanych w odniesieniu do przebiegu leczenia poszkodowanego P.M.;

- niewłaściwą ocenę opinii biegłego chirurga – prof. P. i w konsekwencji pominięcie wniosków opinii odnoszących się do istniejących w stanie klinicznym pacjenta P.M. wskazań do przeprowadzenia relaparoskopii;

- sformułowanie własnej oceny postępowania obwinionego wobec pokrzywdzonego P.M., na podstawie ogólnikowych i abstrakcyjnych twierdzeń odnoszących się do zasad sztuki chirurgicznej, w oderwaniu od zgromadzonego materiału dowodowego u istoty rozpoznawanej sprawy, w konsekwencji zastąpienie opinii biegłego chirurga swobodnym uznaniem;

- nieuzasadnione przyjęcie, że dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki usprawiedliwia przyczynę odstąpienia od laparoskopii zwiadowczej;

- wadliwe ustalenie, że przyjęcie przez obwinionego, że stan chorego spowodowany jest ropowicą powłok, było rozumowaniem uprawnionym w realiach przedmiotowej sprawy, mimo iż zgromadzony materiał dowodowy sprawy w tym wyniki badań laboratoryjnych wskazywał na postępującą u pokrzywdzonego niewydolność wielonarządową;

- *niezasadne ograniczenie oceny materiału dowodowego jedynie do fragmentarycznych wniosków opinii biegłego radiologa, mimo iż opinia tego biegłego miała jedynie charakter pomocniczy.*”

Na podstawie tak sformułowanych zarzutów autor kasacji wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania temu Sądowi.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wniósł na rozprawie kasacyjnej o uwzględnienie kasacji pełnomocnika pokrzywdzonej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Kasacja okazała się zasadna.

Jako w pełni uprawniony należy ocenić zarzut z pkt. 1 rozważanej skargi, w którym podniesiono rażące naruszenie przepisów prawa procesowego regulujących standard przedstawienia na piśmie motywów orzeczenia drugoinstancyjnego o charakterze reformatoryjnym, a zwłaszcza takiego, którym – jak w niniejszej sprawie – rozstrzygnięto zupełnie odmiennie, niż w pierwszej instancji, co do samej istoty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza za zarzucane mu przewinienie.

Wypada zauważyć, że ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 522, ze zm., dalej u.i.l.) nie zawiera odrębnego unormowania określającego wymogi stawiane uzasadnieniu orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego, który w wyniku rozpoznania wniesionego odwołania utrzymuje w mocy, uchyla albo zmienia orzeczenie okręgowego sądu lekarskiego (art. 92 ust. 1 u.i.l.). Wobec tego, zgodnie z art. 112 u.i.l., odpowiednie zastosowanie mają w tej kwestii przepisy kodeksu postępowania karnego – w pierwszej kolejności, art. 457 § 3 k.p.k. Z unormowania tego wynika, że w uzasadnieniu orzeczenia należy podać, czym kierował się sąd odwoławczy wydając orzeczenie oraz dlaczego zarzuty i wnioski odwołania uznał za zasadne albo niezasadne. Konieczne jest jednak dodanie, że w sytuacji, gdy sąd odwoławczy zmienia zaskarżone orzeczenie co do istoty (sprawstwa, winy osoby obwinionej), uzasadnienie jego decyzji z reguły powinno ponadto zawierać elementy charakterystyczne dla umotywowania orzeczenia sądu pierwszej instancji. Chodzi bowiem o to, że skoro w instancji odwoławczej podjęto biegunowo odmienne

rozstrzygnięcie, to w ramach podania powodów jego wydania konieczne jest bądź wykazanie nietrafności przyjętej dotąd oceny prawnej prawidłowo ustalonego zachowania obwinionego, bądź wad w tych ustaleniach, wynikających z błędów rozumowania, nieprawidłowej oceny konkretnych dowodów, czy pominięcia innych. Innymi słowy, w takiej sytuacji konieczne jest pełne objaśnienie stanu sprawy, według którego w postępowaniu odwoławczym niezbędne stało się przyjęcie odmiennych faktów i okoliczności lub ocen prawnych, istotnych z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej obwinionego lekarza. Takie wymogi co do uzasadnienia orzeczenia stawia przed sądem lekarskim, w tym wypadku również sądem odwoławczym, unormowanie art. 89 ust. 3 u.i.l. (stanowiące odpowiednik regulacji art. 424 § 1 i 2 k.p.k.), według którego uzasadnienie powinno zawierać wskazanie, jakie fakty sąd lekarski uznał za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych; powinno zawierać również wskazanie podstawy prawnej orzeczenia oraz okoliczności ważących na wymiarze kary.

Analiza pisemnego uzasadnienia orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego nie pozostawia wątpliwości, że nie spełnia ono opisanego powyżej standardu. Rację ma autor kasacji, że w dokumencie tym przedstawiono w gruncie rzeczy tylko własne konkluzje Sądu odwoławczego co do zupełności wdrożonego przez obwinionego dr. T.S. procesu diagnostycznego, mającego na celu ustalenie przyczyny pogorszenia stanu zdrowia pacjenta P.M. po przeprowadzonej operacji bariatrycznej polegającej na laparoskopowej plikacji żołądka.

Sąd ten stwierdził mianowicie, że (...) *obwiniony przyjął, iż stan pacjenta spowodowany jest ropowicą powłok i wdrożył stosowne leczenie. Kwalifikacja chorego do laparotomii czy też laparoskopii zwiadowczej (diagnostycznej) następuje, gdy przy braku możliwości wykonania lub mimo wykonania dostępnych badań, nadal istota choroby pozostaje niewiadoma. Paradoksalnie, w przedmiotowej sprawie dostępność wysokospecjalistycznej diagnostyki nie pomogła choremu. Należy bowiem przypuszczać, że przy pogarszającym się stanie chorego, bez możliwości skorzystania z innych narzędzi diagnostycznych, obwiniony zdecydowałby się (pomimo dodatkowych zagrożeń dla chorego) na diagnostykę poprzez laparoskopię diagnostyczną.* Stanowisko to zostało

poprzedzone wstępnym stwierdzeniem, że w materiale dowodowym brak jest przesłanek, które bezwzględnie nakazywałyby wykonanie u chorego relaparoskopii. Natomiast, treść pozostałych motywów nie dostarcza argumentów do stwierdzenia, czy w orbicie rozważań Sądu odwoławczego rzeczywiście, jak zadeklarowano, znalazł się cały materiał dowodowy sprawy. Nie wiadomo bowiem, które konkretnie dowody – poza wynikami badań wysokospecjalistycznych, ukierunkowanych na ustalenie patologii pooperacyjnej w postaci nieszczelności przewodu pokarmowego (skopia, tomografia komputerowa) – były przedmiotem analizy Sądu odwoławczego, które z tych dowodów zostały przyjęte, a które odrzucone i jakie przyczyny legły u podstaw takich ocen. W konsekwencji nie wiadomo, jakie fakty ważące na przedstawionej konkluzji Naczelny Sąd Lekarski uznał za udowodnione bądź nieudowodnione.

Powyższa ocena nasuwa się już na pierwszy rzut oka w sytuacji, gdy w tym samym stanie dowodowym sprawy Okręgowy Sąd Lekarski, przeciwnie niż Sąd odwoławczy, uznał zawinienie dr. T.S. w niedochowaniu przez niego wystarczającej staranności w diagnozowaniu pacjenta (przez zaniechanie wykonania laparoskopii zwiadowczej), choć wspomniane wyniki badań skopii i TK przewodu pokarmowego nie tylko, że nie zostały przez Okręgowy Sąd Lekarski pominięte, ale były przedmiotem jego szczegółowej analizy. Naczelny Sąd Lekarski natomiast – poza przyznaniem temu Sądowi racji co do konieczności uwzględniania w diagnozowaniu wszystkich uzyskanych wyników badań oraz zwłaszcza oceny stanu klinicznego chorego, jako elementu decydującego – nie wskazał żadnych wad dokonanej oceny nie tylko tego, ale i pozostałych dowodów. Krótko mówiąc, Naczelny Sąd Lekarski w ogóle nie odniósł się na piśmie ani do przedstawionej przez Sąd pierwszej instancji analizy kolejnych wyników badań TK (obrazujących nie tylko brak perforacji przewodu pokarmowego, ale również ilości płynu w jamie brzusznej), z wyników badań usg, wyników różnych, kolejno wykonywanych badań laboratoryjnych, ani wreszcie do ocen dotyczących stanu klinicznego P.M. (wynikających zarówno z dokumentacji medycznej, jak i z dowodów osobowych) w kolejnych dniach po operacji plikacji żołądka, do chwili przeprowadzenia zabiegu odbarczenia ropowicy powłok brzusznych, po którym wkrótce doszło do śmierci pacjenta. W efekcie nie wiadomo, które z ustalonych w toku postępowania

pierwszoinstancyjnego faktów sprawy – poza ocenianą także w tym postępowaniu okolicznością stwierdzenia u chorego w badaniu klinicznym i obrazowym ropowicy powłok brzusznych – zostały zaaprobowane, albo też nie, i w jakim zakresie stanowiły podstawę orzekania Naczelnego Sądu Lekarskiego, zwłaszcza w zakresie dającym podstawę do wydania odmiennego rozstrzygnięcia.

Powyższe należy wywodzić również z faktu braku jakiegokolwiek odniesienia się przez Sąd odwoławczy do dowodu z opinii biegłego chirurga-bariatry prof. K. P. Z uzasadnienia w ogóle bowiem nie wynika, czy opinia tego biegłego została przez ten Sąd przyjęta do podstawy orzekania, czy też odrzucona i z jakich powodów. Takie stanowisko było tym bardziej nieuzasadnione, że opinia prof. K. P. została potraktowana przez Okręgowy Sąd Lekarski jako jedna z podstaw rozstrzygnięcia skazującego dr. T. S. za zarzucane mu przewinienie, zaś obrońca obwinionego złożył wniosek o uzupełnienie tej opinii w postępowaniu odwoławczym. Już tylko to dawało Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu asumpt do rozważenia, czy opinia jest kompletna i jednoznaczna oraz w jakich fragmentach jej stwierdzenia są istotne dla rozstrzygnięcia sprawy. Jak powiedziano, Sąd odwoławczy odrzucił nie tylko możliwość, ale wręcz powinność poczynienia w tym zakresie rozważań, przy czym z dużym prawdopodobieństwem można zakładać, że u podstaw takiej decyzji legło wyrażone w uzasadnieniu orzeczenia zapatrywanie, iż uwzględnienie wniosku obrońcy wymagałoby ponowienia postępowania przed Sądem pierwszej instancji. W tym kontekście trzeba od razu powiedzieć, że jest to stanowisko błędne. Nie ma wątpliwości, że wówczas, gdy nie jest konieczne przeprowadzenie na nowo przewodu sądowego w całości sąd odwoławczy może, a w konkretnych okolicznościach wręcz powinien, uzupełnić przewód przez dopuszczenie nowych lub dopełnienie treści już przeprowadzonych dowodów, do których zaliczają się także dowody z opinii biegłych (art. 112 u.i.l. w zw. z art. 437 § 2 k.p.k. zd. 2 i *a contrario* art. 452 k.p.k.). Już tylko dodatkowo należy zauważyć, że ewentualne pojawienie się problemu niepełności lub niejasności opinii albo sprzeczności w samej opinii lub między różnymi opiniami podlega rozwiązaniu – także na etapie postępowania odwoławczego – przez ponowne wezwanie tych samych biegłych lub powołanie innych (art. 112 u.i.l. w zw. z art. 201 k.p.k.).

W powiązaniu z powyższym brakiem odniesienia się w uzasadnieniu do opinii biegłego, w kasacji wysunięto pod adresem Sądu odwoławczego zarzuty – m.in. naruszenia art. 112 u.i.l. w zw. z art. 193 § 1 k.p.k. Zauważając ten problem należy dostrzec, że przepis art. 193 § 1 k.p.k. ma w postępowaniu co do odpowiedzialności zawodowej lekarzy zastosowanie „odpowiednie”, co ma racjonalne uzasadnienie m.in. w tym – co oczywiste – że w skład organów rozstrzygających w tych postępowaniach wchodzi osoby dysponujące wiedzą medyczną oraz w zakresie pragmatyki zawodowej, która to wiedza predestynuje je do dokonywania w badanych przypadkach kompetentnych ocen co do prawidłowości postępowania lekarzy w świetle wymogów ustawowych i norm deontologicznych. Powyższe nie oznacza jednak, że w razie dopuszczenia w sprawie dowodu z opinii biegłego lekarza dysponującego specjalistyczną wiedzą medyczną w wąskiej dziedzinie, sąd lekarski uprawniony jest do pominięcia tej opinii i posłużenia się wyłącznie własnymi poglądami, choćby mającymi umocowanie w wiedzy fachowej. Zatem w niniejszej sprawie – w której opiniowali specjaliści chirurg-bariatra oraz radiolog – Naczelny Sąd Lekarski nie był zwolniony od ustosunkowania się do opinii prof. K. P. (podobnie, jak rozważenia opinii dr. n. med. D. B.). Tym samym, zaprezentowanie własnego stanowiska w przedmiocie poprawności rozważanego postępowania diagnostycznego bez dokonania stosownej oceny opinii, jako istotnego elementu materiału dowodowego, nie może zostać uznane za spełniające kryteria prawidłowej oceny dowodów, niezależnie od niedochowania przez Sąd odwoławczy standardu sporządzenia pisemnego uzasadnienia orzeczenia.

Na tle omówionych w tym zakresie uchybień, jako oczywista jawi się ocena zasadności przeważającej części zarzutu wysuniętego w pkt. 2 kasacji. Z reguły bowiem jest tak, że tak kardynalne usterki uzasadnienia, jak omówione, świadczą o tym, iż odwoławcza kontrola zaskarżonego orzeczenia nie przebiegała w sposób pełny i rzetelny (art. 112 u.i.l. w zw. z art. 433 § 2 k.p.k.), a co za tym idzie – zwłaszcza, gdy wydano orzeczenie o charakterze reformatoryjnym – że taki sposób jej przeprowadzenia pozostawał z kolei w związku z rażącym naruszeniem standardu oceny dowodów, opisanego w art. 61 ust. 3 u.i.l. Przepis ten (stanowiący odpowiednik art. 7 k.p.k.) określa, że organ prowadzący postępowanie w

przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza kształtuje swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Skoro więc, jak o tym była mowa, uzasadnienie orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego nie daje podstawowych odpowiedzi w zakresie ocen dowodowych i wyprowadzanych z nich wniosków, to trudno odmówić racji twierdzeniu pełnomocnika pokrzywdzonej, że stanowisko tego Sądu nosi znamiona arbitralności, a nie wyniku swobodnej oceny dowodów, pozostającej pod ochroną przytoczonego przepisu.

W sprawie nie budzi oczywiście zastrzeżeń przyjęte przez Naczelny Sąd Lekarski założenie, że postępowanie obwinionego lekarza w diagnozowaniu pacjenta P.M. w okresie wskazanym w zarzucie należało oceniać nie z perspektywy przyczyny jego śmierci ustalonej dopiero w trakcie sekcji zwłok (niewydolności wielonarządowej w przebiegu zapalenia otrzewnej – przy stwierdzeniu dwóch pęknięć w przedniej ścianie żołądka), lecz *ex ante*, a więc z perspektywy aktualnej na czas postępowania diagnostycznego zmierzającego do wykrycia przyczyn pogarszania się stanu zdrowia pacjenta po zabiegu bariatrycznym. Jednak, nawet przy tym słusznym założeniu za niepopartą wszechstronnym rozważeniem dowodów i okoliczności sprawy, należy uznać ocenę tego Sądu, że niepotwierdzenie u pacjenta perforacji przewodu pokarmowego w badaniach obrazowych, uprawniało obwinionego do zrezygnowania z laparoskopii zwiadowczej i do wdrożenia leczenia polegającego na usunięciu ropowicy powłok brzusznych, jako w tej sytuacji najbardziej prawdopodobnej przyczyny pogarszającego się stanu pacjenta. Nie wyjaśniono bowiem, dlaczego wymienioną przyczynę należało traktować za najbardziej prawdopodobną (wyłącznie) i skłaniającą do zaprzestania dalszych kroków diagnostycznych. W sprawie nie budziło jednak sporu, że podejmowane w tym procesie decyzje powinny być podejmowane na podstawie decydującego czynnika, jakim jest stan kliniczny pacjenta, oraz na podstawie wszystkich uzyskanych wyników badań, a nie tylko wykluczających perforację przewodu pokarmowego i potwierdzających ropowicę powłok brzusznych. W realiach sprawy nietrudno dostrzec, że celem postępowania diagnostycznego było stwierdzenie, jaki był stan pacjenta i czy jego pogarszanie się

nie było wynikiem zapalenia otrzewnej w związku z zakładaną perforacją przewodu pokarmowego. Jednak, z opinii prof. K. P. – optującej we wnioskach za potrzebą przeprowadzenia relaparoskopii – wynika m.in., że znaczenie stwierdzonej ropowicy powłok (jako jednej z przyczyn maskujących stan trudnego do zdiagnozowania pacjenta otyłego) można było oceniać różnie. Mogła więc ona spowodować (zstępująco) zakażenie w jamie brzusznej, jak i powstać w wyniku procesu zapalnego toczącego się wewnątrz organizmu, w jamie brzusznej, i być jego następstwem, objawem zewnętrznym. Zaniechanie przez Sąd odwoławczy dokonania całościowej analizy okoliczności sprawy, także przy pomocy opinii biegłych, wywołało więc ten skutek, że poza orbitą jego rozważań znalazł się ów punkt wyjścia postępowania diagnostycznego, a mianowicie stwierdzenie, czy bezspornie pogarszający się stan pacjenta uzasadniał zaniechanie badania, czy nie doszło u niego do zapalenia otrzewnej – niezależnie od przyczyny jego zaistnienia. W konsekwencji, przyjęty przez Naczelny Sąd Lekarski tok rozumowania prowadzący do wniosku – jak stwierdził – o niemożności przypisania obwinionemu *przewinienia niedbałości (braku należytej staranności w leczeniu P.M.), ani też błędu w sztuce lekarskiej*, nie może zastać uznany za wyczerpujący.

Reasumując, przy omówionych powyżej rażących naruszeniach przepisów procesowych zaskarżony wyrok Naczelnego Sądu Lekarskiego nie mógł się ostać. Możliwość istotnego wpływu tych uchybień na treść rozstrzygnięcia sprawy jest ewidentna. Po pierwsze, merytoryczne stanowisko Sądu odwoławczego nie poddaje się kasacyjnej kontroli. Po wtóre, nie można w sposób jednoznaczny wykluczyć, że ustrzeżenie się błędów procedowania w zakresie wniesionego na korzyść obwinionego odwołania – w relacji do ustaleń i ocen przyjętych przez Okręgowy Sąd Lekarski w odniesieniu do dowodów sprawy – mogłoby doprowadzić do wydania innego orzeczenia. Bez wątpienia bowiem, Naczelny Sąd Lekarski po prostu pozbawił się możliwości dokonania wielostronnej oceny, czy wdrożone u P.M. postępowanie diagnostyczne istotnie można uznać za pełne, bez zawinienia obwinionego lekarza.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Naczelny Sąd Lekarski będzie zatem obowiązany do powtórnego rozpoznania odwołania obrońcy, w tym do rozpoznania wniosków dowodowych, zgłoszonych w tym środku. Rozstrzygając co do wniosku o

dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego prof. K. P., będzie miał na względzie poczynione w niniejszym wywodzie uwagi w kwestii wartości opinii biegłych, dążąc do wyjaśnienia wszelkich istotnych dla rozstrzygnięcia zagadnień. W każdym zaś razie, Naczelny Sąd Lekarski, ustosunkowując się do treści odwołania, dokonana wszechstronnej analizy dokonanej przez Okręgowy Sąd Lekarski oceny całokształtu okoliczności i dowodów sprawy – w ewentualnie zaktualizowanym ich stanie, a swoje stanowisko uzasadni zgodnie z wymogami prawnymi, o których była mowa powyżej.

Kierując się przedstawionymi względami Sąd Najwyższy orzekł, jak w wyroku.

kc