



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 września 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Andrzej Tomczyk (przewodniczący)
SSN Zbigniew Puskarski (sprawozdawca)
SSN Małgorzata Wąsek-Wiaderek

Protokolant Łukasz Biernacki

przy udziale prokuratora Prokuratury Krajowej Andrzeja Pogorzelskiego
w sprawie **T. S. i W. K.**

oskarżonych z art. 160 § 2 k.k.

po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie

w dniu 27 września 2023 r.,

kasacji wniesionej przez Prokuratora Regionalnego w Szczecinie na niekorzyść

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 6 lipca 2022 r., sygn. akt IV Ka 792/22,

uchylającego wyrok Sądu Rejonowego w Gryfinie

z dnia 7 grudnia 2021 r., sygn. akt VI K 46/19, i umarzającego postępowanie.

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

[K.K.]

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy w Gryfinie, Wydział VI Zamiejscowy Karny z siedzibą w Chojnie wyrokiem z dnia 7 grudnia 2021 r., sygn. akt VI K 46/19, uznał W. K. i T. S. za winnych tego, że:

I. w okresie od 11 marca 2007 r. do 16 marca 2007 r. w D., W. K. jako ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala w D., a T. S. jako lekarz Oddziału Wewnętrznego Szpitala w D., będąc zobowiązanymi do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, to jest pacjentką P. D., poprzez nieprawidłowe postępowanie diagnostyczne w stosunku do wyżej wymienionej, polegające na braku diagnostyki różnicowej w celu dokonania pełnej oceny jej stanu zdrowia, zaniechali przeprowadzenia badań obrazowych klatki piersiowej, badań bakteriologicznych, badań gazometrycznych, badań pulsometrycznych oraz nie zlecieli takich badań w celu określenia wydolności oddechowej pokrzywdzonej, nie monitorowali jej stanu, nie wykonali badań kontrolnych P. D. przed wypisaniem ze szpitala w dniu 16 marca 2007 r. i podjęli decyzję o braku wskazań do dalszej hospitalizacji, zwalniając pokrzywdzoną do domu, czym narazili ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tj. czynu z art. 160 § 2 k.k. i za to wymierzył każdemu z oskarżonych karę 10 miesięcy pozbawienia wolności;

II. w okresie od 20 marca 2007 r. do 31 marca 2007 r. w D., W. K. jako ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala w D., a T. S. jako lekarz Oddziału Wewnętrznego Szpitala w D., będąc zobowiązanymi do opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, narazili pacjentkę P. D. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, poprzez przeniesienie pokrzywdzonej ze stanu niebezpiecznego, w którym się znajdowała, w stan bardziej niebezpieczny, w wyniku nieprawidłowego postępowania diagnostycznego w związku z nieskutecznym leczeniem pokrzywdzonej, w tym stosowaną antybiotykoterapią, poprzez nieprzeprowadzenie diagnostyki różnicowej i zaniechanie przeprowadzenia badań obrazowych klatki piersiowej, badań bakteriologicznych, morfologii krwi obwodowej z rozmazem, badań biochemicznych, oznaczenia stężenia CRP we krwi, niewykonanie pulsoksymetrii, nieoznaczenie koagulacji, nieprzeprowadzenie bilansów płynów, co doprowadziło do pogorszenia stanu zdrowia wyżej wymienionej tj. czynu z art. 160 § 2 k.k. i za to

wymierzył każdemu z oskarżonych karę 10 miesięcy pozbawienia wolności.

Na podstawie art. 85 k.k. i art. 86 § 1 k.k. w brzmieniu obowiązującym do dnia 30 czerwca 2015 r. w zw. z art. 4 § 1 k.k. połączył kary pozbawienia wolności wymierzone oskarżonym W. K. i T. S. i wymierzył im kary łączne po roku pozbawienia wolności, których wykonanie warunkowo zawiesił na okres próby 2 lat (nie jest jasne, dlaczego Sąd nie miał w polu widzenia art. 91 § 1 k.k.). Na podstawie art. 71 § 1 k.k. wymierzył oskarżonym kary po 200 stawek dziennych grzywny, ustalając wymiar jednej stawki dziennej grzywny na 50 złotych, nadto rozstrzygnął o kosztach postępowania.

Wyrok ten zaskarżyli obrońcy oskarżonych oraz oskarżony T. S..

Obrońca oskarżonego W. K. zaskarżył w całości wyrok i zarzucił:

„I. Odnośnie rozstrzygnięcia dotyczącego czynu z pkt I, na podstawie art. 438 pkt 2 i 3 k.p.k.:

1) obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść wyroku tj. art 7 k.p.k. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny opinii sporządzonych przez biegłych, jak również dokumentacji medycznej z okresu od 11 marca 2007 r. do 16 marca 2007 r., a dotyczącej hospitalizacji P. D. i bezpodstawne uznanie, że nieprawidłowe działanie i jednocześnie zaniechanie lekarzy w tym okresie, doprowadziło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia pacjentki, podczas gdy w tym czasie nastąpiła znacząca poprawa jej stanu zdrowia,

2) powyższe skutkowało błędem w ustaleniach faktycznych polegającym na ustaleniu przez Sąd I instancji, że:

a) działanie oskarżonego W. K. w trakcie pobytu pokrzywdzonej w szpitalu w D. w dniach od 11 marca 2007 r. do dnia 16 marca 2007 r. było nieprawidłowe, podczas gdy z opinii biegłych wynika, że zastosowane leczenie w postaci podania antybiotyku o szerokim spectrum działania było konieczne i doprowadziło do poprawy stanu zdrowia pacjentki i zbicia gorączki,

b) zaniechanie W. K. polegające na nieprzeprowadzeniu diagnostyki różnicowej, niewykonaniu RTG, badań bakteriologicznych, badań gazometrycznych, badań pulsometrycznych, nieokreślenie wydolności oddechowej pacjentki w trakcie hospitalizacji od 11 marca 2007 r. do dnia 16 marca 2007 r. stało w związku przyczynowo - skutkowym ze znacznym pogorszeniem stanu zdrowia pacjentki,

podczas gdy stan zdrowia pacjentki w tym czasie uległ znaczącej poprawie,

c) zaniechanie W. K. polegające na nieprzeprowadzeniu diagnostyki różnicowej, niewykonaniu RTG, badań bakteriologicznych, badań gazometrycznych, badań pulsometrycznych, nieokreślenie wydolności oddechowej pacjentki w trakcie hospitalizacji od 11 marca 2007 r. do dnia 16 marca 2007 r. skutkowało bezpośrednim narażeniem na utratę zdrowia lub życia pacjentki, podczas gdy biegli nie wskazali, aby w wyżej wskazanym czasie wystąpił stan zagrożenia zdrowia lub życia u P. D.,

3) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na ustaleniu przez Sąd I instancji, że oskarżony działał i jednocześnie dopuścił się zaniechania w zamiarze bezpośredniego narażenia pacjentki na utratę zdrowia lub życia, podczas gdy żaden dowód zgromadzony w niniejszym postępowaniu, jak również żadne wnioski poczynione przez biegłych nie dają podstaw do zaaprobowania takiego stanowiska,

4) obrazę przepisów prawa procesowego, tj. art 17 § 1 pkt 6 k.p.k., polegającą na wszczęciu i prowadzeniu postępowania karnego i jego dalszego prowadzenia pomimo przedawnienia karalności, co stanowi bezwzględną przyczynę odwoławczą określoną w art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k.

II. Odnośnie rozstrzygnięcia dotyczącego czynu z pkt II, na podstawie art. 438 pkt 2 i 3 k.p.k.:

5) obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść wyroku, tj. art 7 k.p.k. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny treści zeznań złożonych przez świadka W. G. i uznaniu przez Sąd I instancji tych zeznań za spójne i logiczne, korespondujące jednocześnie z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, podczas gdy zeznania te są sprzeczne same w sobie, w zakresie:

a) w jakim najpierw świadek wskazywał, że w szpitalu w D. na oddziale wewnętrznym panował system feudalny i lekarze byli traktowani jak asystenci, a następnie w zeznaniach uzupełniających z dnia 1 czerwca 2021 r. wskazywał, że lekarze specjaliści mogli samodzielnie podejmować decyzje dotyczące leczenia pacjenta, w szczególności gdy odbywali dyżury,

b) w jakim najpierw świadek ten wskazywał, że lekarze specjaliści powinni konsultować z ordynatorem zmiany zaleceń, a następnie wskazywał, że mogli, ale nie musieli i jednocześnie powinni jedynie w trudnych przypadkach,

c) w jakim najpierw świadek ten stwierdza, że panował układ feudalny, a następnie wskazuje, że nie wie jakie panowały układy na oddziale wewnętrznym,

d) w zakresie w jakim wskazuje, że z tego co mu wiadomo nie było ścisłego podziału pacjentów, jednocześnie nie mając żadnej informacji w zakresie układów jakie były ustalone na wewnętrznym oddziale w szpitala w D.,

6) powyższe skutkowało błędem w ustaleniach faktycznych polegającym na przyjęciu, że w oddziale wewnętrznym szpitala w D. nie było pacjentów przypisanych danemu lekarzowi, a lekarzem decyzyjnym był jedynie ordynator oddziału, podczas gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym również dokumentacja medyczna wprost wskazują, że lekarzem prowadzącym pacjentkę P. D. był T. S. i mógł jako lekarz o równym stopniu specjalizacji, samodzielnie podejmować decyzję dotyczącą procesu jej leczenia, na co wskazuje brak adnotacji w dokumentacji medycznej o jakiegokolwiek konsultacji z ordynatorem w tym zakresie,

7) obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść wyroku, tj. art 7 k.p.k. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny treści zeznań złożonych przez świadka J. M., w zakresie w jakim świadek ten wskazuje, że ordynator decyduje o wszystkim, podczas gdy on i reszta lekarzy robią co on im każe, następnie podając, że w czasie tym nie było podziałów żeby dany lekarz odpowiadał za określonych pacjentów, podczas gdy dalej podaje, że lekarz który nie był ordynatorem, czyli dyżurny, odpowiada za tego kogo przyjmuje i za pacjentów na oddziale,

8) powyższe skutkowało błędem w ustaleniach faktycznych, polegających na przyjęciu, że w oddziale wewnętrznym szpitala w D. nie było pacjentów przypisanych danemu lekarzowi, a lekarzem decyzyjnym był jedynie ordynator oddziału, podczas gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym również dokumentacja medyczna wprost wskazują, że lekarzem prowadzącym pacjentkę P. D. był T. S. i mógł jako lekarz o równym stopniu specjalizacji jako lekarz dyżurny i przyjmujący pacjentkę, samodzielnie podejmować decyzję dotyczącą procesu jej leczenia, na co wskazuje brak adnotacji w dokumentacji medycznej o jakiegokolwiek konsultacji z ordynatorem w tym zakresie,

9) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu przez Sąd I instancji, że zaniechanie lekarzy w okresie hospitalizacji pacjentki tj. od dnia 20 marca do 31 marca 2007 r. doprowadziło do pogłębienia stanu zagrożenia życia i zdrowia,

podczas gdy w sprawie brak jest określenia przez biegłych kiedy faktycznie na gruncie zgromadzonych dowodów można było przyjąć, że u pacjentki wystąpił stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia,

10) obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść wyroku, tj. art 7 k.p.k. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny wyjaśnień oskarżonego W. K. i odmowę wiarygodności tym wyjaśnieniom, w zakresie w jakim wskazywał on, że to T. S. samodzielnie prowadził pacjentkę i on był odpowiedzialny za przebieg leczenia jak również zleconą diagnostykę, podczas gdy zarówno dokumentacja medyczna zgromadzona w sprawie, brak jakiegokolwiek adnotacji o konsultacji T. S. z W. K. w zakresie leczenia P. D., w tym również analiza kompetencji T. S. jako lekarza o równym stopniu specjalizacji i zbliżonym doświadczeniu - powinna doprowadzić Sąd I instancji do wniosku, że lekarzem odpowiedzialnym za proces leczenia był wyłącznie T. S.,

11) obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść wyroku, tj. art 7 k.p.k. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny wyjaśnień złożonych przez oskarżonego T. S. i uznaniu ich za spójne logiczne i wiarygodne, podczas gdy zeznania te pozostają w sprzeczności z resztą zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym dokumentacją medyczną pacjentki”.

W konkluzji obrońca wniósł o uniewinnienie oskarżonego od popełnienia zarzucanych mu czynów, ewentualnie o zmianę kwalifikacji prawnej czynów z art. 160 § 2 k.k. na czyny z art. 160 § 3 k.k. i przyjęcie w opisie czynów, że oskarżony W.K. działał nieumyślnie, w konsekwencji umorzenie postępowania na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k.

Obrońca oskarżonego T. S. zaskarżył wyrok w całości i podniósł zarzuty:

„ 1. błędu w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia i mającego wpływ na jego treść, poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego sprawy błędnego wniosku, że oskarżony T. S. naraził pokrzywdzoną P. D. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, pomimo że z przeprowadzonych dowodów nie wynika, aby w okresie, gdy oskarżony ten sprawował osobistą opiekę nad pokrzywdzoną i był gwarantem nienastąpienia skutku w postaci narażenia jej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w przebiegu choroby u pokrzywdzonej wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji, która to okoliczność jest

warunkiem koniecznym możliwości skutecznego przypisania oskarżonemu popełnienia zarzucanych mu czynów zabronionych”.

W przypadku nieuwzględnienia tego zarzutu:

„2. obraży przepisu art. 193 par. 1 k.p.k. w zw. z art. 170 par. 1 k.p.k. mającej wpływ na treść orzeczenia, poprzez oddalenie wniosku obrońcy oskarżonego T. S. o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłych z dziedziny medycyny sądowej na okoliczność, czy w przebiegu choroby P. D. podczas dyżuru pełnionego przez T. S. wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji, pomimo że w myśl treści dokumentów załączonych do akt sprawy określających zakres obowiązków lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, a także zgodnie z treścią zeznań świadków R. G. i J. M., lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego nie ma prawa zmieniać sposobu leczenia zaleconego przez kierującego oddziałem z wyjątkiem wypadku, gdy w przebiegu choroby wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji,

ewentualnie,

3. obraży przepisu art. 160 par. 2 k.k. poprzez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie do ustalonego w sprawie stanu faktycznego, a w szczególności poprzez uznanie, że ustalone działanie oskarżonego T. S. miało postać umyślnego narażenia P. D. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, pomimo że oskarżonemu z uwagi na formalne i faktyczne podporządkowanie kierownikowi oddziału oraz ograniczone kompetencje do zmiany sposobu leczenia oznaczonego przez kierownika oddziału, można przypisać co najwyżej postępowanie polegające na niezachowaniu ostrożności wymaganej od niego w danych okolicznościach, wyczerpujące znamiona czynu zabronionego z art. 160 par. 3 k.k.”

Podnosząc powyższe zarzuty, obrońca wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uniewinnienie T. S. od popełnienia zarzucanych mu czynów, ewentualnie uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu w Gryfinie do ponownego rozpoznania, względnie umorzenie postępowania karnego na podstawie art. 17 § 1 pkt. 6 k.p.k. Złożył także wniosek o przeprowadzenie w postępowaniu apelacyjnym dowodu z uzupełniającej opinii biegłych z dziedziny medycyny sądowej na okoliczność, czy w przebiegu choroby P. D. podczas dyżuru pełnionego przez T.

S. wystąpiły zmiany wymagające natychmiastowej interwencji.

W osobistej apelacji oskarżony T. S. zarzucił bezzasadne oddalenie wniosku dowodowego o powołanie biegłych, niezasadne uznanie, że naraził pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia oraz niezasadne uznanie, że jego zachowanie miało charakter umyślny – i wniósł o uniewinnienie go od zarzucanych przestępstw.

Sąd Okręgowy w Szczecinie wyrokiem z dnia 6 lipca 2022 r., sygn. akt IV Ka 792/22, uchylił zaskarżony wyrok i przyjmując, że czyny zarzucone oskarżonym stanowią występki z art. 160 § 2 i 3 k.k. popełnione nieumyślnie, na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tych czynów oskarżeni mogli przewidzieć, postępowanie o zarzucone im czyny, na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k. umorzył, zaś kosztami procesu w sprawie obciążył Skarb Państwa.

Kasację od prawomocnego wyroku Sądu odwoławczego wniósł Prokurator Regionalny w S. Zaskarżył wyrok w całości na niekorzyść W. K. i T. S., zarzucając „rażącą obrazę przepisu postępowania - art. 7 k.p.k., która miała istotny wpływ na treść zaskarżonego orzeczenia, polegającą na rażącym przekroczeniu przez Sąd II instancji zasady swobodnej oceny dowodów, a w efekcie na poczynieniu ustaleń rażąco sprzecznych z zasadami wiedzy, logiki i doświadczenia życiowego co do tego, że obu oskarżanym w zakresie czynów przypisanych im wyrokiem sądu I instancji można zarzucić - wbrew ustaleniom sądu I instancji - jedynie nieumyślność, co doprowadziło do uznania, że czyny te wyczerpują znamiona czynu zabronionego z art. 160 § 2 i 3 k.k., zaś z uwagi na wysokość kary grożącej za ich popełnienie nastąpiło przedawnienie karalności, a w następstwie doprowadziło do umorzenia przedmiotowego postępowania na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k., podczas gdy ocena materiału dowodowego dokonana zgodnie dyrektywami wynikającymi z art. 7 k.p.k. prowadzi do oczywistego wniosku, że działanie oskarżonych cechowała wina umyślna w zamiarze ewentualnym, a tym samym zgodnie z ustaleniami sądu I instancji zarzucone im czyny wyczerpują znamiona czynu zabronionego z art. 160 § 2 k.k. i w efekcie nie nastąpiło przedawnienie ich karalności”.

Podnosząc powyższy zarzut, wniósł o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Szczecinie do ponownego

rozpoznania w postępowaniu odwoławczym.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Kasacja zasługiwała na uwzględnienie, bowiem poniesiony w niej zarzut jest zasadny. W pisemnym uzasadnieniu swojego wyroku Sąd pierwszej instancji przedstawił szczegółowo okoliczności dwukrotnego pobytu P. D. w szpitalu w D., w szczególności stan jej zdrowia i stosowane wobec niej zabiegi lecznicze, które okazały się nieskuteczne, bowiem wymieniona pacjentka zmarła w dniu [...] 2007 r. Zachowanie oskarżonych lekarzy ocenił, mając na uwadze całokształt zebranych w toku postępowania dowodów, w tym opinię instytucji naukowej – Uniwersytetu w W. Na tej podstawie uznał, że obaj oskarżeni, lekarze pracujący na oddziale szpitala, w którym była leczona pokrzywdzona, mając obowiązek sprawowania nad nią opieki, swoim zachowaniem wyczerpali znamiona występku z art. 160 § 2 k.k. Wskazał, że P. D. z powodu swej niepełnosprawności i upośledzenia umysłowego nie była w stanie sama upomnieć się o swoje prawa, czy nawet zasygnalizować swego cierpienia, trudności w kontaktowaniu się z nią sprawiały, że zebranie od niej wywiadu lekarskiego było praktycznie niemożliwe, wobec czego szczególne znaczenie miała wynikająca ze wskazań wiedzy medycznej diagnostyka, której jednak w znacznej mierze zaniechano. Podczas dwóch pobytów pokrzywdzonej w szpitalu w D. jej leczenie sprowadzało się do podania antybiotyków, co w rezultacie okazało się nieskuteczne. Sąd podkreślił, że „obaj oskarżeni mieli możliwości i obowiązek zrobić dużo więcej, aby móc postawić prawidłową diagnozę i podjąć skuteczne leczenie pokrzywdzonej, lecz tego nie uczynili” oraz że „swoim umyślnym działaniem, a właściwie jego brakiem, polegającym na zaniechaniu prawidłowej diagnostyki pokrzywdzonej P. D., podczas jej obydwu pobytów w szpitalu w D. w 2007 r. i podjęciu jedynie leczenia zachowawczego, tj. podawania antybiotyków o szerokim spektrum działania, które okazały się skuteczne jedynie do pewnego etapu, praktycznie sami pozbawili się możliwości postawienia prawidłowej diagnozy i podjęcia skutecznego leczenia pokrzywdzonej”. Nadto Sąd meriti zwrócił uwagę, że „pokrzywdzona chociaż od urodzenia była osobą niepełnosprawną z racji mózgowego porażenia ruchowego, to jej stan nie był uznawany za chorobę zagrażającą życiu. Przy prawidłowej opiece, jaką miała zapewnioną w dps-ie pokrzywdzona dożyła 21 lat, nie chorując ciężko, do czasu gdy trafiła do szpitala w

D. w związku z zapaleniem płuc, tj. chorobą jak najbardziej uleczalną w XXI wieku”. Wadą uzasadnienia, co jednak samo przez się nie dyskwalifikuje wyroku, jest nieprzeprowadzenie przez Sąd pierwszej instancji pogłębionych rozważań, w ramach których jednoznacznie przedstawiono by, dlaczego odrzucono możliwość uznania, że oskarżeni zarzucone im czyny popełnili nieumyślnie (zwłaszcza gdy nadmieniono, że „nawet ciężka i nieuleczalna choroba pacjenta nie wyklucza odpowiedzialności lekarza z art. 160 § 2 i 3 k.k.”), jak też która z postaci umyślności (zamiar bezpośredni czy ewentualny) została przyjęta.

Z kolei Sąd drugiej instancji przejawiał niekonsekwencję, gdy uznał, że „w rozpoznawanej sprawie ustalenia, co do sprawstwa i winy oskarżonych, dokonane przez Sąd I instancji znalazły oparcie w dowodach, którym Sąd orzekający dał wiarę”, co sugeruje aprobatę dla całości ustaleń, tj. i tych, które odnosiły się do winy oskarżonych, a zarazem stwierdził, że „odmiennie należy ocenić ustalenia co do strony podmiotowej czynów albowiem w ocenie Sądu Okręgowego oskarżeni działali nieumyślnie”. Stanął na stanowisku, że „analiza akt sprawy pozwala na konstatację, uprawnioną w świetle zasad doświadczenia życiowego, że obaj lekarze (oskarżeni) w istocie uznawali, że wdrożone względem pokrzywdzonej leczenie jest wystarczające do osiągnięcia poprawy jej zdrowia, co dowodzi o nieumyślności w ich działaniu” oraz przytoczył mający wspierać to stanowisko wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94 (opublikowany w OSNKW 1994, z. 11-12, poz. 70, a nie jak omyłkowo podał Sąd w OSNKW 1974, z. 2, poz. 26). W orzeczeniu tym wskazano jak należy rozumieć pojęcie błędu diagnostycznego („wyciągnięcie z objawów chorobowych innych wniosków niż te, które dyktowane są wiedzą medyczną) oraz że „źródłem tego błędu jest zaniechanie przeprowadzenia badań pozwalających na postawienie prawidłowej diagnozy albo przeoczenie przez lekarza objawów choroby i niewykorzystane stojących do jego dyspozycji środków służących do ustalania tych objawów”. Zauważono też, że „błąd terapeutyczny wynika często z błędu diagnostycznego”, chociaż może również występować samodzielnie, nadto że „warunek umyślności zaniechania udzielenia pomocy nie jest spełniony, jeżeli lekarz nie rozpoznał grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa”, jak również, że „lekarz stawiający błędną diagnozę, w sensie nierozpoznania stanu chorobowego, nie zdaje sobie przy tym sprawy z tego (nie ma świadomości niebezpieczeństwa), że pacjent

jest w położeniu zagrażającym życiu lub zdrowiu. Jeżeli nawet przewiduje możliwość takiego zagrożenia, to tę ewentualność w swojej analizie przypadku odrzuca. W obu sytuacjach mamy do czynienia z nieświadomością niebezpieczeństwa, wykluczającą odpowiedzialność za przestępstwo umyślne”. Podkreślono, że „zamiaru ewentualnego nie można ani się domyślać, ani domniemywać, lecz musi on wynikać z konkretnych faktów ocenianych w powiązaniu z całokształtem okoliczności danej sprawy oraz z właściwościami osobistymi sprawcy, jego stosunkiem do pokrzywdzonego itp.”.

Sąd odwoławczy, mając w polu widzenia te twierdzenia, wskazał, że „nawet jeżeli oskarżeni (obaj) przewidywali, że stosując niepełne i przez to nieskuteczne leczenie narażali pokrzywdzoną na skutki z art. 160 § 1 k.k., to tę ewentualność w swojej analizie przypadku odrzucali. W takiej sytuacji (...), mamy do czynienia z nieświadomością niebezpieczeństwa, wykluczającą odpowiedzialność za przestępstwo umyślne. Nie budzi wątpliwości, że wiedza medyczna pozwalała obu oskarżonym na zastosowanie właściwego sposobu leczenia. Nie zachowali oni jednak w tym względzie należytej ostrożności. Co najmniej zatem mogli przewidzieć, że narażają pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. W konsekwencji ich czyn należało kwalifikować jako występki nieumyślne z art. 160 § 2 i 3 k.k.”.

Oczywiście trudno jest dopuścić myśl, że osoba wykonująca zawód lekarza, którego istotą jest możliwie skuteczna pomoc człowiekowi choremu, cierpiącemu, może od tej udzielenia tej pomocy się uchylić, umyślnie narażając go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jednak w wyjątkowych wypadkach nie można tego wykluczyć, zaś przytoczony wywód Sądu *ad quem* nasuwa zastrzeżenia jako co najmniej mało pogłębiony. W kasacji obszernie przedstawiono okoliczności związane z pobytem P. D. w szpitalu w D., szczegółowo opisując stan jej zdrowia w czasie tego pobytu, zastosowane przez oskarżonych diagnostykę i leczenie oraz ich bardzo krytyczną ocenę dokonaną przez zespół biegłych z Uniwersytetu w W. Akcentowano nietypowość przypadku polegającą na tym, że pokrzywdzona była dwukrotnie przyjmowana do szpitala – po raz pierwszy 11 marca 2007 r., a po raz drugi 20 marca 2007 r. oraz że „biegłi wyraźnie zaznaczyli, iż nie wiadomo, czym kierowali się lekarze przy wypisie (w dniu

16 marca 2007 r.) P. D. ze szpitala”. Wiadomo wszakże, że u pacjentki nie wykonano żadnych badań, których wyniki pozwoliłyby ocenić skuteczność stosowanego przez kilka dni leczenia oraz że leczenie to nie przyniosło oczekiwanego rezultatu, skoro już 4 dni po wypisaniu ze szpitala pokrzywdzona została ponownie tam przyjęta w stanie znacznie bardziej poważnym niż poprzednio. Był to stan ciężki, z podejrzeniem zapalenia płuc oraz niewydolnością oddechową. Pomimo to oraz dalszego pogarszania się stanu zdrowia pacjentki (musiało ono postępować, skoro P. D. zmarła) i tym razem lekarze zaniechali działań, których podjęcie nie wymagało zaawansowanej wiedzy medycznej, bowiem jawiły się jako oczywiste, a nie dotyczyły zawiłych i skomplikowanych procedur medycznych. W szczególności znowu nie zlecili wykonania szeregu koniecznych badań, w tym tak ważnych jak zdjęcia RTG klatki piersiowej, czy badania gazometrycznego, podstawowego w przypadku osób z podejrzeniem niewydolności oddechowej. W kasacji przypomniano pogląd zespołu opiniującego, że badania, których zlecenia oskarżeni zaniechali, są badaniami elementarnymi, dostępnymi w każdym szpitalu oraz że przeprowadzenie wskazanej diagnostyki było podstawą prawidłowego postępowania z pacjentką i żadne ewentualne ograniczenia sprzętowo - organizacyjne nie powinny doprowadzić do zaniechania takiego działania. Nie ustalono przy tym, że w szpitalu w D. takie ograniczenia w marcu 2007 r. były.

Po przedstawieniu istotnych faktów związanych z leczeniem, czy też quasi-leczeniem P. D. i wniosków opinii sądowo-lekarskiej, autor kasacji stwierdził, że „stopień zaniechań jakich dopuścili się obydwaj oskarżeni, ich ilość oraz rodzaj działań, których nie podjęli - ich elementarność i dostępność w każdym szpitalu (jak to wynika z opinii biegłych) wskazuje w sposób oczywisty i bezsprzeczny, że zdawali sobie sprawę z ewidentnie pogarszającego się stanu pokrzywdzonej i nie podejmując żadnych czynności wskazanych przez biegłych oraz nie poszukując żadnych rozwiązań mogących realnie pomóc pacjentce w sposób jaskrawy godzili się na następujące konsekwencje. Dokonana w tym zakresie przez sąd II instancji ocena jest rażąco dowolna. Jest ona bowiem rażąco sprzeczna z zasadami wiedzy, logiki i doświadczenia życiowego. Ocena ta pozostaje w całkowitym oderwaniu od poczynionych przez sądy obu instancji ustaleń faktycznych”. Dodatkowo prokurator

zaznaczył, że „w treści uzasadnienia zaskarżonego wyroku sąd II instancji nie wskazał, jakim rozumowaniem kierował się przy dochodzeniu do przedstawionych wniosków i dokonaniu ostatecznej oceny w zakresie winy oskarżonych. Nie powiązał tej oceny z żadnymi okolicznościami faktycznymi ustalonymi w sprawie, a jedynie przywołał orzecznictwo innych sądów w tym zakresie. Ostateczna konstatacja sądu II instancji polega na wskazaniu (w ślad za Sądem Najwyższym), że zamiaru ewentualnego nie można domniemywać. Konstatacja ta jest oczywiście co do zasady słuszna, jednakże nie znajduje żadnego zastosowania w przedmiotowej sprawie z uwagi na przedstawione okoliczności faktyczne. W efekcie uzasadnienie wyroku sądu II instancji niejako zawiera ogólne przesłanie, że lekarz gwarant - co do zasady - może ponosić odpowiedzialność jedynie w ramach winy nieumyślnej. Zapewne w wielu sprawach, w tym w sytuacjach o bardziej skomplikowanym stanie klinicznym pacjenta i konieczności uruchomienia o wiele bardziej skomplikowanych procedur medycznych tego rodzaju ocena będzie mieściła się w granicach wyznaczonych przepisem art. 7 k.p.k. Rzecz jednak w tym, że realia przedmiotowej sprawy są całkowicie odmienne, wskazują bowiem, że indolencja oskarżonych była daleko posunięta i nie może się ona spotkać się z żadnym usprawiedliwieniem. Tym samym ocena dokonana przez sąd II instancji rażąco naruszyła przepis art. 7 k.p.k.”

Przytoczenie tego obszernego fragmentu kasacji było celowe, bowiem powstrzymując się od zajęcia stanowiska, czy rzeczywiście oskarżeni „w sposób jaskrawy godzili się na następujące konsekwencje” (byłoby to równoznaczne z niedopuszczalnym opowiedzeniem się za określonymi ustaleniami faktycznymi), Sąd Najwyższy uznał, że w niemałym stopniu mają podstawę zastrzeżenia prokuratora co do oceny dowodów dokonanej przez Sąd odwoławczy. Wcześniej stwierdzono, że wywód, który Sąd odwoławczy przeprowadził na poparcie swojego stanowiska, jest powierzchowny. Opierał się na intuicyjnym, mającym wynikać z zasad doświadczenia życiowego poglądzie, iż lekarze „uznawali, że wdrożone względem pokrzywdzonej leczenie jest wystarczające do osiągnięcia poprawy jej zdrowia, co dowodzi o nieumyślności w ich działaniu”. Rzecz jednak w tym, że ten

pogląd, prowadzący do oceny daleko różnej od tej dokonanej przez Sąd pierwszej instancji, miał prawo zostać wyrażony dopiero po wszechstronnej analizie zebranych w sprawie dowodów. Wręcz narzucało się, by ta analiza uwzględniała fakt, że P. D. do szpitala była przyjmowana dwukrotnie, po raz drugi w stanie ciężkim, krótko po zakończeniu rzekomo wystarczającego leczenia, co osobie nawet bez wykształcenia medycznego musiałoby nasunąć wniosek, że nie było ono skuteczne oraz że konieczne jest wdrożenie innych, pogłębionych procedur medycznych, poczynawszy od dostępnej procedury diagnostycznej. Tym bardziej trudne jest do wytłumaczenia niewyciągnięcie tego wniosku przez osoby dysponujące wiedzą fachową, lekarzy specjalistów, zwłaszcza że drugi pobyt pokrzywdzonej w szpitalu trwał nie 6 dni, jak pierwszy, ale 12 dni i musiało być widoczne, że wdrożone leczenie nie tylko nie przynosi poprawy stanu zdrowia pacjentki, ale nie wstrzymuje jego pogarszania się. Pod znakiem zapytania stawia to pogląd Sądu Okręgowego, że oskarżeni uznawali, iż wdrożone względem pokrzywdzonej leczenie jest wystarczające do osiągnięcia poprawy jej zdrowia. Nie wiadomo bowiem na jakiej podstawie tak uważali, skoro konieczność ponownej hospitalizacji P. D. pokazała, że pierwsze jej leczenie nie było skuteczne, a łatwo uchwytne na przestrzeni szeregu dni stan pacjentki w czasie drugiego jej pobytu w szpitalu również musiał skłaniać do uznania, że leczenie zastosowane od 20 marca 2007 r. również jest niewystarczające.

Należy zauważyć, że Sąd odwoławczy aprobowo przytoczył obszerną część uzasadnienia wyroku Sądu pierwszej instancji, w której akcentowano m.in., że sytuacja związana z ponownym, po zaledwie 4 dniach, powrotem pokrzywdzonej do szpitala „nie doprowadziła lekarzy z oddziału wewnętrznego szpitala w D. do żadnej refleksji”, zaś odnośnie zachowania T. S., że „nie zmienił sposobu leczenia P. D., mimo jego nieskuteczności”. Podkreślono również, że stan zdrowia P. D., zwłaszcza podczas jej drugiego pobytu w szpitalu, pogarszał się przez 12 dni oraz stwierdzono, że ten lekarz „nie chciał lub bał się podejmować decyzji o zmianie sposobu leczenia pokrzywdzonej sam (...)”. Jeżeli nieskuteczność leczenia była widoczna, i to przez szereg dni, to nasuwa zastrzeżenia w kontekście art. 7 k.p.k. wnioskowanie, że

lekarze uznawali, iż wdrożone leczenie jest wystarczające do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia pacjentki, prowadzące do konstatacji, że gdy chodzi o ich działanie, a prawidłowo rzecz ujmując – zaniechanie koniecznego działania, w grę wchodzi wyłącznie nieumyślność. Z kolei niezanegowane przez Sąd odwoławczy twierdzenie (w istocie ustalenie) Sądu meriti, że T. S. sam „nie chciał lub bał się” podejmować decyzji o zmianie sposobu leczenia pacjentki, sugeruje, że chociaż widział, iż stosowane leczenie nie jest skuteczne, to nie wdrażając samodzielnie innego leczenia, względnie nie dążąc, by stało się to przy udziale ordynatora, kierował się innymi względami niż dobro chorej. Jeżeli tak, to kwestia strony podmiotowej występku będącego przedmiotem osądu tym bardziej powinna być dokładniej rozważona.

Wypada też wspomnieć o niekonsekwencji Sądu Okręgowego, gdy w ramach wyводу stwierdza, że „nawet jeżeli oskarżeni (obaj) przewidywali, że stosując niepełne i przez to nieskuteczne leczenie narażali pokrzywdzoną na skutki z art. 160 § 1 k.k. (...)”, by następnie uznać, że „co najmniej zatem mogli przewidzieć, że narażają pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia”. Nie jest zatem jasne, czy Sąd *ad quem* przyjął, że oskarżeni przewidywali, iż narażają pokrzywdzoną na wspomniane skutki, czy też, że tego nie przewidywali, chociaż mogli przewidzieć; nie jest to bez znaczenia w kontekście prawidłowego ustalenia strony podmiotowej występku.

Nasuwa się także uwaga, że odwołując się do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, Sąd odwoławczy nie dostrzegł, iż został on wydany na tle bardzo odmiennego stanu faktycznego, który polegał na tym, że lekarz Pogotowia Ratunkowego, mający krótkotrwały kontakt z osobą badaną w jej mieszkaniu, zaniechał wykonania badania EKG serca. W konsekwencji nie rozpoznał właściwie stanu pacjenta i podjął decyzję o pozostawieniu go w domu, nie będąc świadomy grożącego mu niebezpieczeństwa. Nadto przytaczając fragment uzasadnienia wspomnianego wyroku, w którym stwierdzono, że „warunek umyślności zaniechania udzielenia pomocy nie jest spełniony, jeżeli lekarz nie

rozpoznał grożącego pacjentowi niebezpieczeństwa”, Sąd Okręgowy najwyraźniej nie wziął pod uwagę, że nie odrzucił i takiej możliwości, że oskarżeni jednak przewidywali, iż narażają pokrzywdzoną na skutki z art. 160 § 1 k.k., jeżeli jednak bardziej przychylił się do poglądu, że żaden z oskarżonych nie rozpoznał niebezpieczeństwa utraty życia przez P. D., to nie wytłumaczył należycie dlaczego tak było zwłaszcza podczas jej drugiego pobytu w szpitalu, kiedy już w chwili przyjęcia była w stanie ciężkim, a stan jej zdrowia jeszcze pogarszał się na przestrzeni szeregu dni. Celowe będzie też wspomnieć, że przytaczając uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 kwietnia 1994 r., WR 70/94, Sąd odwoławczy nie wyciągnął wniosku z zawartego w nim stwierdzenia, że w sprawach, których przedmiotem jest błąd leczniczy, przy rozstrzyganiu o winie lekarza muszą być brane pod uwagę wszystkie realia określonego przypadku, a rzeczywisty wewnętrzny proces motywacyjny oskarżonego powinien być odtworzony na podstawie jego właściwości osobistych i faktów zewnętrznych. Jest widoczne, że orzekający w przedmiotowej sprawie Sąd drugiej instancji nie poddał wnikliwej analizie zwłaszcza owych „faktów zewnętrznych”, wśród których szczególnie ważne znaczenie miała oczywista nieskuteczność leczenia pokrzywdzonej podczas jej pierwszego pobytu w szpitalu, powodująca konieczność jej ponownej hospitalizacji już po upływie 4 dni, pogarszający się na przestrzeni szeregu dni stan jej zdrowia podczas tej hospitalizacji oraz nawet wtedy zaniechanie przeprowadzenia elementarnych badań diagnostycznych.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym Sądowi Okręgowemu w Szczecinie, który będzie miał w polu widzenia poczynione wyżej uwagi oraz opisy czynów przypisanych oskarżonym przez Sąd pierwszej instancji, które chociaż kładą nacisk na zaniechaniu badań koniecznych w przypadku P. D. (błąd diagnostyczny), to mówią też o błędach terapeutycznych, polegających na niezasadnym zakończeniu jej leczenia szpitalnego w dniu 16 marca 2007 r. oraz nieskutecznym leczeniu pokrzywdzonej, co wypada odnieść zwłaszcza do okresu jej

drugiego pobytu w szpitalu. Wydanie orzeczenia analogicznego jak zaskarżone kasacją nie jest wykluczone, wszakże może to nastąpić po rzetelnej, zgodnej z art. 7 k.p.k. analizie zebranych dowodów, prowadzącej do wniosku, iż błędnie Sąd pierwszej instancji przypisał oskarżonym zarzucane im czyny.

[K.K.]

[ms]