

Sygn. akt II K 684/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 05 sierpnia 2016 r.

Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku w Wydziale II Karnym

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Agnieszka Sosnowska

Protokolant: Małgorzata Kwasigroch

przy udziale Prokuratora Prokuratury Rejonowej G. – O. w G. – bez udziału

po rozpoznaniu na rozprawie w dniach 30.10.2013 r., 04.12.2013 r., 24.06.2014 r., 23.01.2015 r., 25.03.2015 r., 08.03.2016 r., 01.06.2016 r., 26.07.2016 r.

w sprawie:

K. B. (1), syna E. i A. z domu (...), urodzonego w dniu (...) w G.

oskarżonego o to, że:

w nocy z 8 na 9 lutego 2012 r. w G. działając nieumyślnie jako lekarz wezwany na wizytę domową do chorego S. L. (1) mając obowiązek opieki nad pacjentem nieprawidłowo przeprowadził badanie chorego i nie zlecił natychmiastowej hospitalizacji chorego, co zmniejszyło jego szanse na wyleczenie i stanowiło dodatkowy czynnik pogarszający, wpływający na zdynamizowanie stanu chorobowego i pogłębienie objawów niewydolności krążeniowo – oddechowej oraz wielonarządowej w przebiegu ciężkiego prawostronnego zapalenia płuc, czym naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu

tj. o przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk

I. oskarżonego K. B. (1) uznaje za winnego popełnienia czynu zarzucanego mu w akcie oskarżenia, stanowiącego występki z art. 160 § 2 i 3 kk i za to - przy zastosowaniu art. 4 § 1 kk – na podstawie art. 160 § 3 kk skazuje go na karę 10 (dziesięciu) miesięcy pozbawienia wolności;

II. na podstawie art. 69 § 1 i 2 kk, art. 70 § 1 pkt 1 kk – przy zastosowaniu art. 4 § 1 kk - wykonanie orzeczonej w punkcie I wyroku kary pozbawienia wolności warunkowo zawiesza na okres próby wynoszący 5 (pięć) lat;

III. na mocy art. 41 § 1 kk kk – przy zastosowaniu art. 4 § 1 kk – orzeka wobec oskarżonego K. B. (1) zakaz wykonywania zawodu lekarza na okres 4 (czterech) lat;

IV. na mocy art. 46 § 2 kk orzeka od oskarżonego K. B. (1) na rzecz pokrzywdzonych E. i E. L. (1) nawiązkę w wysokości 20.000 (dwudziestu tysięcy) złotych;

V. na podstawie art. 626 § 1 kpk, art. 627 kpk, art. 1, art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych (tekst jedn. Dz. U. z 1983 r. Nr 49 poz. 223 ze zm.) zasądza od oskarżonego K. B. (1) na rzecz Skarbu Państwa opłatę w kwocie 180 zł (sto osiemdziesiąt złotych) oraz w całości pozostałe koszty sądowe;

VI. na podstawie art. 626 § 1 kpk, art. 627 kpk oraz § 2 ust. 1 i 2, § 14 ust. 1 pkt 2, ust. 2 pkt 3 i ust. 7, § 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez

Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.) zasądza od oskarżonego K. B. (1) na rzecz oskarżycielki posiłkowej E. L. (2) kwotę 1.446,48 zł (tysiąc czterysta czterdzieści sześć złotych 48/100) brutto tytułem zwrotu wydatków poniesionych przez oskarżycielkę posiłkową w związku z ustanowieniem pełnomocnika w sprawie.

Sygn. akt II K 684/13

UZASADNIENIE

Sąd w oparciu o zgromadzony w sprawie i ujawniony w toku przewodu sądowego materiał dowodowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 7 lutego 2012 r. w godzinach popołudniowych 37-letni S. L. (1), mieszkający wspólnie z rodzicami, źle się poczuł, w związku z czym następnego dnia nie poszedł do pracy. W dniu 8 lutego 2012 r. przed południem pokrzywdzony zaczął wymiotować oraz miał biegunkę. W godzinach popołudniowych S. L. (1) był już bardzo osłabiony, dolegliwości nie ustępowały, jednak pokrzywdzony, przekonany, że ma problemy żołądkowe, nie chciał pojechać do szpitala. Z uwagi na pogarszający się stan syna, E. L. (2) o godzinie 20.53 zadzwoniła na pogotowie ratunkowe, informując dyspozytora, S. W., że jej syn ma wymioty, biegunkę, poci się oraz spadło mu ciśnienie. E. L. (2) poinformowała również rozmówcę o tym, że nie podobają jej się ręce syna, gdyż paznokcie zrobiły się „jakieś fioletowe”. S. W. po rozmowie z E. L. (2) oraz S. L. (1), który oświadczył, że nie czuje się dużo gorzej niż dnia poprzedniego i to matka zadzwoniła na pogotowie, podał E. L. (2) numer telefonu do Nadmorskiego Centrum Medycznego w G. na ul. (...), świadczącej wyjazdowe usługi medyczne. Ponadto polecił S. L. (1), aby zadzwonił ponownie, jeżeli poczułby się znacznie gorzej, a wówczas zostanie wysłana karetka.

O godz. 22.45 E. L. (2) wykonała telefon pod numer podany przez dyspozytora pogotowia i umówiła domową wizytę lekarską, na którą około godziny 23.00 przyjechał lekarz K. B. (1). Oskarżony osłuchał chorego, a następnie wykonał mu zastrzyk przeciwwymiotny zalecając udanie się do szpitala w przypadku, gdyby wymioty nie ustały. W trakcie wizyty oskarżonego E. L. (2) powiedziała mu, że niepokoi ją to, że stopy i dłonie jej syna są białe, zaś skóra powyżej kostek nóg zrobiła się fioletowa i poprzecinana żyłkami, zaś paznokcie u rąk są koloru szarego. E. L. (2) zapytała oskarżonego, co to oznacza, jednak K. B. (1) zignorował to, nie weryfikując opisanych objawów i nie badając dalej pacjenta. K. B. (1) wystawił zaświadczenie z odbytej wizyty, umieszczając w nim zalecenie o treści: „W razie dalszych wymiotów do szpitala (...)/ (...)”.

Po wizycie lekarskiej, wymioty u S. L. (1) ustały i chory zasnął. W nocy około godz. 3.15 stan S. L. (1) znacznie się pogorszył – nie mógł on mówić ani podnieść się z łóżka. E. L. (2) ponownie zadzwoniła na pogotowie ratunkowe, na skutek czego została wysłana karetka. W międzyczasie E. L. (2), z uwagi na brak oddechu, wykonywała synowi masaż serca zgodnie z przekazaną jej telefonicznie instrukcją. Przybyła na miejsce o godzinie 3.30 ekipa karetki pogotowia składająca się z dwóch ratowników medycznych, rozpoczęła akcję reanimacyjną, w trakcie której ratownicy zauważyli na ciele chorego wybroczyny. Następnie S. L. (1) został podłączony do respiratora i wezwano drugą karetkę z lekarzem. Po przybyciu ekipy pogotowia ratunkowego w składzie: lekarz D. M., S. C. i A. M., S. L. (1) był już nieprzytomny, bez oddechu i bez krążenia, jego klatka piersiowa była sztywna, zaś na jego ciele były wybroczyny. Chory został przewieziony do szpitala im. W. A. w G. – Z., gdzie podjęto niezwłoczną akcję reanimacyjną, pomimo której o godzinie 5.00 S. L. (1) zmarł. Wyniki badania pobranej od niego w szpitalu krwi wskazywały na wystąpienie u niego wstrząsu septycznego. Późniejsze badania bakteriologiczne potwierdziły zakażenie pneumokokiem.

(dowód: częściowo wyjaśnienia oskarżonego K. B. (1) k. 405-406; zeznania świadka E. L. (2) k. 10-14, 407-409; zeznania świadka E. L. (1) k. 64-67, 409-410; zeznania świadka S. C. k. 29-31, 436; zeznania świadka T. R. k. 61-63, 436-437; zeznania świadka D. M. k. 69-70, 437-438; zeznania świadka M. P. k. 78-80, 438-440; dokumentacja medyczna k. 3-6, 40-58, informacja dotycząca ekipy karetki pogotowia k. 28; dokumentacja fotograficzna k., protokół zatrzymania rzeczy wraz z płytą CD zawierającą nagranie rozmowy E. L. (2) z szefową dyżuru (...) sp. z o.o. w G. k. 33-38, pismo (...) sp. z o.o. w G. k. 74-76; opinia z zakresu badań odsłuchowych nagrań zakłóconych k. 122-131)

W toku przeprowadzonej w szpitalu sekcji zwłok zmarłego S. L. (1), stwierdzono, iż przyczyną śmierci była ostra niewydolność krążeniowo oddechowa, zapalenie płuc i sepsa.

Jak wynika z opinii biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...), postępowanie lekarza K. B. (1) wezwanego na wizytę domową było nieprawidłowe, nacechowane brakiem krytycyzmu diagnostycznego. Decyzja jaką podjął K. B. (1), polegająca na nieobjęciu S. L. (1) natychmiastową hospitalizacją było decyzją nieprawidłową.

(dowód: opinia sądowo-lekarska biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) k. 147-161, 348, 467-473, 550-558)

Z opinii biegłych z (...) w Ł. wynika, że natychmiastowe – po odbyciu wizyty lekarskiej przez K. B. (1) - przewiezienie S. L. (1) do szpitala z dużym prawdopodobieństwem pozwoliłoby na postawienie rozpoznania posocznicy i wdrożenie leczenia antybiotykoterapią, zaś wcześniejsza o około cztery godziny hospitalizacja dawała szanse choremu na przeżycie.

(dowód: opinia sądowo-lekarska biegłych z (...) w k. 669-690, 711-719)

Oskarżony K. B. (1) jest rozwiedziony, ma jedno małoletnie dziecko. Posiada wykształcenie wyższe, z zawodu jest lekarzem. Pracuje w swoim zawodzie. Stan zdrowia oskarżonego jest dobry. K. B. (1) był uprzednio karany za liczne przestępstwa z art. 228 § 3 kk w zb. z art. 271 § 3 kk w zw. z art. 11 § 2 kk, a także art. 244 kk w zb. z art. 58 ust. 1 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zw. z art. 11 § 2 kk i z art. 286 § 1 kk.

(dowód: dane o oskarżonym k. 405; dokumenty dot. osoby oskarżonego k. 718-733, dane o karalności k. 217-218, 460-461, 542-543, odpisy wyroków k. 224-282, 296-300)

Z uwagi na pojawienie się w toku postępowania wątpliwości co do stanu zdrowia psychicznego oskarżonego w czasie popełnienia zarzucanego mu czynu oraz w toku postępowania, zasięgnięto opinii biegłych lekarzy psychiatrów na okoliczność oceny stanu zdrowia psychicznego oskarżonego. W wydanej pisemnej opinii sądowo-psychiatrycznej biegli zgodnie stwierdzili, że K. B. (1) nie jest chory psychicznie ani upośledzony umysłowo. Rozpoznali natomiast u oskarżonego cechy zaburzonej osobowości. Brak jednak podstaw do przyjęcia, aby w inkryminowanym czasie oskarżony znajdował się w stanie zaburzeń psychotycznych. W odniesieniu do zarzucanego mu czynu K. B. (1) nie miał zniesionej ani ograniczonej w stopniu znacznym zdolności rozpoznania znaczenia czynu i pokierowania swoim postępowaniem.

(dowód: opinia sądowo-psychiatryczna k. 323-327)

Oskarżony K. B. (1) przesłuchany w toku postępowania przygotowawczego nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu oraz odmówił składania wyjaśnień.

Przesłuchany na rozprawie oskarżony nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu oraz odmówił składania wyjaśnień. Odpowiadając na pytania wyjaśnił, że po przyjeździe na wskazany adres zebrał wywiad od chorego, chory stwierdził, że od 2 dni wymiotuje i gorączkuje. Gorączka ustępowała po typowych lekach przeciwgorączkowych typu A.. Pacjent stwierdził, że miał leczenie z powodu nowotworu, nie miał żadnych dokumentów świadczących o przebytych leczeniach, nie był w stanie określić co to za nowotwór. Wywiad ten był kilkuletni, czyli nowotwór leczony był kilka lat wcześniej. Potem przeprowadził badanie fizykalne pacjenta, osłuchowe klatki piersiowej oraz badanie jamy brzusznej. Z tego co pamięta podał zastrzyk przeciwwymiotny. Następnie wypisał skierowanie do szpitala, ponieważ pacjent nie był ubezpieczony nie mógł wypisać skierowania na transport medyczny, bo to obciążałoby Nadmorskie Centrum Medyczne. Wizyta była płatna tylko za poradę lekarską, a nie za transport. Zostawił numer telefonu G. (...), gdzie można zamówić sobie transport medyczny. Z tego co pamięta stwierdził infekcję górnych dróg oddechowych, czyli zmiany osłuchowe oskrzelowe, zmiany osłuchowe wskazują na odoskrzelowe zapalenie płuc. Nie było żadnych wybroczyn na kończynach. Wywiad był przeprowadzony z pacjentem. Jeżeli pacjent nie jest ubezpieczony i występuje

bezpośredni stan zagrożenia życia czyli pacjent jest nieprzytomny to wzywa się oddział pomocy doraźnej czyli pogotowie. W tym wypadku tego nie zrobił, bo uznał, że transport może się odbywać pod nadzorem zwykłej karetki przewozowej. Z tego co czytał w aktach bezpośrednią przyczyną śmierci była prawdopodobnie sepsa, aczkolwiek były też znaczne zaburzenia elektrolitowe, poziom potasu ponad 8,5. Kilkanaście razy powiększone enzymy wątrobowe. W czasie badania pacjenta nie stwierdził nawet przewlekłej niewydolności krążeniowo – oddechowej, nie było duszności, obrzęków kończyn. W badaniu fizykalnym dokonał oględzin wszystkich kończyn. Było to badanie palpacyjne i wzrokowe. Pacjent był rozebrany, na slipkach, więc dokonał oględzin całości kończyn. Z punktu widzenia stanu pacjenta po przybyciu karetki i biorąc pod uwagę doświadczenie zawodowe i zapoznaniu się z aktami sprawy stwierdza, że w ciągu 4,5 godziny mogło dojść do takiego pogorszenia stanu pacjenta, ponieważ z badań dodatkowych zleconych w szpitalu stwierdził, że miał on anemię, czyli bardzo niską ilość krwinek białych odpowiedzialnych za odporność. W takich sytuacjach w przypadku infekcji bakteryjnej pogorszenie stanu zdrowia i sepsa następuje w ciągu minuty. Sepsy i zaburzeń odporności nie da się rozpoznać bez badań laboratoryjnych i dlatego skierowałem pacjenta do szpitala. Zostawił skierowanie do szpitala, było to skierowanie bezwzględne. Jak ktoś z rodziny spytał, czy sam pacjent jak długo ma czekać po zadziałaniu zastrzyku powiedział, że 30 minut, a potem należy przeprowadzić transport. Zaprzecza twierdzeniom świadków, że zalecił udanie się do szpitala pod warunkiem, gdyby wymioty nie ustały. Istnienie wybroczyn może świadczyć o kilku chorobach, między innymi o sepsie. Gdyby stwierdził wybroczyny, to skierowałby do szpitala z transportem pomocy doraźnej.

(dowód: wyjaśnienia oskarżonego k. 405-406)

Sąd zważył, co następuje:

W ocenie Sądu analiza zgromadzonego w sprawie i ujawnionego w toku przewodu sądowego materiału dowodowego pozwala na przypisanie oskarżonemu popełnienia czynu zarzucanego mu w akcie oskarżenia.

Dokonując ustaleń faktycznych Sąd opierał się zarówno na dowodach pochodzących od osobowych źródeł dowodowych, jak i na dowodach w postaci dokumentów. Jeżeli chodzi o te ostatnie, Sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy, zostały one bowiem sporządzone przez uprawnione do tego osoby, ich treść i autentyczność nie budzi wątpliwości Sądu, co do zasady nie była również kwestionowana przez strony. Dotyczy to takich dokumentów jak różnego rodzaju dokumentacja medyczna dotycząca S. L. (1), stenogram nagrania rozmowy z dyspozytorem pogotowia ratunkowego, które to dowody miały szczególnie istotne znaczenie w niniejszej sprawie, jak i innego rodzaju dokumenty zgromadzone w toku postępowania oraz ujawnione w toku rozprawy głównej.

Sąd również oparł się na zeznaniach świadków **E. L. (2) i E. L. (1)**, którzy szczegółowo opisali przebieg ostatnich godzin życia S. L. (1), zgłaszane przez niego dolegliwości, próby szukania pomocy medycznej. Zeznania wymienionych świadków są logiczne, spójne, Pomimo iż zmarły był synem E. i E. L. (1), zeznania wymienionych świadków ocenić trzeba jako obiektywne, rzeczowe i wyważone, nie cechowały się one chęcią odwetu na oskarżonym czy próbą bezzasadnego jego oskarżenia. Wskazać także trzeba, że świadkowie wspominając o wybroczynach na ciele syna opisywali je w sposób potoczny, nieprofesjonalny, jako objawy, które nie były typowe i z tego powodu ich zaniepokoiły. Trudno w tej sytuacji przyjmować, że już na etapie składania zawiadomienia o przestępstwie, kiedy E. i E. L. (1) składali pierwsze zeznania, mieli oni świadomość, że ów objaw zwany wybroczynami ma tak istotne dla sprawy znaczenie. Wśród pierwszego szczegółowego opisu stanu, w tym wyglądu chorego, znalazł się właśnie wyżej wspomniany opis, z czego wnosić trzeba, że świadkowie przekazywali rzeczywistą relację z przebiegu wydarzeń, zeznając zgodnie z prawdą i nie dodając elementów nie polegających na prawdzie w celu bezzasadnego obciążania oskarżonego. Zeznania tych świadków korespondują ze sobą oraz ze zgromadzoną dokumentacją medyczną, znajdując w niej potwierdzenie, jak i uzupełniając ją. W oparciu o to powyższe zeznania należało ocenić jako wiarygodne. Podnieść należy, że zeznania wymienionych świadków odnośnie tego, że zmiany na kończynach S. L. (1) były widoczne jeszcze przez wizytą K. B. (1) potwierdza stenogram nagrania rozmowy z dyspozytorem pogotowia (...) (k. 125). Powyższa rozmowa przeprowadzona była o godzinie 20.53. Z jej treści wynika, iż E. L. (2) już wtedy poinformowała dyspozytora, że nie podobają jej się ręce syna oraz że paznokcie zrobiły mu się fioletowe. Zatem za wiarygodne należy uznać zeznania E. i E. L. (1), zarówno odnośnie tego, iż wybroczyny widoczne były na ciele S. L. (1) jeszcze przed wizytą oskarżonego, a

tym bardziej w jej trakcie, jak i odnośnie tego, że E. L. (2) na ten objaw zwracała uwagę K. B. (1). Na wiarygodność zeznań w zakresie tego, iż wymieniony objaw chorobowy został zignorowany przez oskarżonego, wskazuje z kolei dalszy przebieg wydarzeń.

Istotne znaczenie z punktu widzenia przedmiotu postępowania miały zeznania świadków **S. C., D. M., T. R., M. P.**, którzy złożyli zeznania dotyczące pomocy lekarskiej udzielanej S. L. (1) w czasie bezpośrednio poprzedzającym jego zgon. Wymienieni świadkowie opisali zarówno stan pacjenta, jak i manifestowane dolegliwości oraz wskazali jakie czynności podjęli, a także jakie postawili diagnozy. Zwrócić trzeba w szczególności uwagę na to, że z zeznań świadków wynika, iż w momencie kontaktu ze S. L. (1) uwagę ich zwracały wybroczyny widoczne na jego ciele.

Wymienieni świadkowie złożyli zeznania korelujące ze sobą, jak i współgrające z dokumentacją medyczną. Zeznania te korespondują nadto z zeznaniami świadków E. L. (2) i E. L. (1), jak również cechują się rzeczowością, stanowczością, wewnętrzną logiką i spójnością. Mając powyższe na uwadze Sąd dał wiarę zeznaniom wymienionych świadków w całości.

Wskazać trzeba, że zeznania świadka **S. W.** odnośnie tego, iż nie pamięta czy E. L. (2) zgłaszała mu telefonicznie wystąpienie wybroczyn na ciele S. L. (1) nie są w stanie podważyć pewnego dowodu z postaci nagrania z rozmowy telefonicznej odbytej pomiędzy wymienionymi osobami. Zważywszy na to, że S. W. miał osobisty interes w złożeniu zeznań stawiających go w korzystnym świetle, zeznania jego w zakresie niezgodnym z ustalonym stanem faktycznym uznać należy za wyraz realizacji jego własnej linii obrony, nie zaś relacji z rzeczywistych wydarzeń. Biorąc to pod uwagę Sąd dał wiarę jego zeznaniom w zakresie zgodnym z ustalonym stanem faktycznym, zaś w pozostałej części uznał je za niewiarygodne.

Zeznania świadka **A. R.**, jakkolwiek należało uznać je za wiarygodne, nie miały jednak znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Wyjaśnienia oskarżonego należało uznać za wiarygodne jedynie w zakresie zgodnym z ustalonym stanem faktycznym, gdyż w tej części znalazły one potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym. W pozostałej części wyjaśnieniom tym Sąd nie dał wiary uznając je za wyraz przyjętej przez oskarżonego linii obrony. W szczególności za niewiarygodne uznać trzeba wyjaśnienia oskarżonego, iż w trakcie wizyty lekarskiej w badaniu palpacyjnym i wzrokowym dokonał oględzin wszystkich kończyn S. L. (1), który nie miał jeszcze na ciele wybroczyn. Powyższemu twierdzeniu przeczą wyżej wskazane dowody w postaci zeznań E. i E. L. (1), w powiązaniu ze stenogramem nagrania rozmowy z dyspozytorem pogotowia (...), z którego to dowodu wynika, że powyższy objaw wystąpił u chorego dużo szybciej, co najmniej dwie godziny przez wizytą lekarską oskarżonego. Gdyby zatem oskarżony dokonał prawidłowego badania chorego, połączonego z rzeczywistą obserwacją jego ciała, z pewnością dostrzegłby wybroczyny, które już wówczas na ciele S. L. (1) były widoczne.

Za niewiarygodne uznać trzeba także wyjaśnienia oskarżonego w tej części, iż wypisał on skierowanie do szpitala, przy czym było to skierowanie bezwzględne, niezależne od nieustania wymiotów. Powyższemu twierdzeniu przeczą zarówno zeznania świadków E. i E. L. (1), jak i treść samego skierowania, a właściwie dokumentu stwierdzającego fakt odbycia wizyty lekarskiej, który wyraźnie zawiera treść: „w razie dalszych wymiotów do szpitala (...)/ (...). Nie znajduje uzasadnienia także tłumaczenie oskarżonego, iż wypisał on skierowanie do szpitala, a ponieważ pacjent nie był ubezpieczony nie mógł wypisać skierowania na transport medyczny, gdyż to obciążałoby Nadmorskie Centrum Medyczne. Wskazać trzeba, że procedury nie stoją na przeszkodzie wezwaniu karetki do pacjenta nieubezpieczonego w sytuacji zagrożenia życia. Nawet jednak, gdyby oskarżony uważał, że nie ma takiej możliwości, mógł wystawić bezwarunkowe skierowanie do szpitala, bez zaznaczenia, że należy się do niego udać w sytuacji, gdyby wymioty nie ustąpiły. Powyższe zastrzeżenie zaś jest niewątpliwe w świetle treści samego dokumentu.

Sąd uznał za wiarygodne opinię sądowo-psychiatryczną dotyczącą oskarżonego oraz opinię z zakresu badań odsłuchowych nagrań zakłóconych. Obie opinie są jasne, pełne, nie zawierają błędów logicznych, sporządzone zostały zgodnie z wiedzą fachową, jaką dysponują biegli. Nadto nie były kwestionowane przez żadną ze stron.

Szczególnie istotne znaczenie w niniejszej sprawie miały natomiast dowody w postaci opinii biegłych z zakresu medycyny sądowej, albowiem nie budzi wątpliwości, iż z uwagi na charakter i przedmiot sprawy ocena prawidłowości zachowania oskarżonego, wymagała posiadania wiadomości specjalnych z zakresu medycyny.

Jak wynika z wydanej w toku postępowania przygotowawczego **opinii zespołu biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej i Toksykologii S.-Lekarskiej (...) w K.** (k. 147-161, a także opinie uzupełniające k. 348, 467-473, 550-558), postępowanie K. B. (1) podczas wizyty domowej u S. L. (1) było nieprawidłowe, nacechowane brakiem krytycyzmu diagnostycznego i właściwej ostrożności w odniesieniu do działań decyzyjnych. Lekarz dokonał błędnej oceny stanu ogólnego chorego, zaś zestawiając ustalenia sekcyjne i dane z osobowych źródeł dowodowych (zeznania rodziców denata i treść rozmowy telefonicznej z dyspozytorem pogotowia opisującej objawy chorobowe występujące u S. L. (1)) należy poddać w wątpliwość rzetelność, zakres i poprawność przeprowadzonego badania fizykalnego – w tym w zakresie klatki piersiowej. Zdaniem biegłych, jeżeli u pacjenta podczas wizyty obserwowano już wybroczyny na powłokach skórnych – kończynach (a tak by było, gdyby oskarżony przeprowadził należyte badanie połączone z obserwacją ciała pacjenta, gdyż w świetle wyżej zaprezentowanych dowodów wybroczyny były już wówczas widoczne) – w kontekście całego obrazu klinicznego należało uwzględnić możliwość wystąpienia zespołu DIC i podjąć bezwzględnie decyzję o hospitalizacji. Szczegółowo zebrany wywiad lekarski oraz starannie przeprowadzone badanie fizykalne powinno co najmniej pozwolić na wysunięcie podejrzenia zapalenia płuc z koniecznością potwierdzenia badaniem radiologicznym. Biorąc pod uwagę doświadczenie kliniczne biegli stwierdzili, iż stopień trudności rozpoznania, a co najmniej wysunięcia podejrzenia zapalenia płuca prawego u tego chorego, przy założeniu poprawności badania lekarskiego, był stosunkowo niewielki. Pacjent wymagał w szybkim trybie wykonania rtg płuc i oceny wydolności oddechowej, wykonania panelu podstawowych badań laboratoryjnych oraz wdrożenia adekwatnego do stanu klinicznego, odpowiednio zintensyfikowanego leczenia. Decyzją jaką podjął K. B. (1), polegająca na nieobjęciu S. L. (1) natychmiastową hospitalizacją było decyzją nieprawidłową. Prezentowany stan kliniczny w jakim znajdował się chory – opisany przez niego samego w rozmowie telefonicznej z dyspozytorem pogotowia oraz przedstawiony przez jego rodziców w protokołach przesłuchania – nie pozwalał na samodzielne udanie się do szpitala. Postępowaniem z wyboru był transport chorego karetką pogotowia. Brak natychmiastowej hospitalizacji zmniejszał szanse chorego i stanowił dodatkowy czynnik pogarszający, wpływający na zdynamizowanie stanu chorobowego i pogłębienie się objawów niewydolności krążeniowo-oddechowej oraz wielonarządowej/odwodnienie, rozwijający się wstrząs septyczny, zespół DIC w przebiegu ciężkiego prawostronnego zapalenia płuc.

Pomimo takiego naświetlenia modelu właściwego postępowania i skutków jego niezastosowania przez oskarżonego, w dalszej części tej samej opinii biegli stwierdzają jednak, że nie da się kategorycznie rozstrzygnąć, czy wcześniejsza hospitalizacja mogłaby uchwycić zwiększyć szanse na przeżycie chorego, w szczególności biorąc pod uwagę bardzo ciężki i gwałtowny dalszy przebieg schorzenia. Opiniując wyłącznie z pozycji *ex ante*, a zatem nie dysponując wiedzą o dalszym przebiegu choroby, przedstawione dane pozwalają na przyjęcie, że ww nieprawidłowości o charakterze błędów lekarskiego decyzyjnego popełnione przez K. B. w rozumieniu kodeksowym naraziły pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu poprzez pogłębienie już istniejącego stanu zagrożenia życia i przeniesienie chorego w stan jeszcze bardziej niebezpieczny. Stanowisko to - zdaniem biegłych - dotyczy oceny postępowania K. B. wyłącznie z pozycji *ex ante*, a zatem uwzględnia ocenę wg normatywu postępowania lekarskiego w takich przypadkach klinicznych jaki prezentował S. L.. Niewątpliwie zdaniem biegłych doszło do naruszenia tego normatywu, a charakter i rodzaj zaistniałych nieprawidłowości i zaniechań wyczerpywał znamiona błędów medycznego diagnostycznego i w konsekwencji decyzyjnego. Dalej biegli stwierdzili, że w takich przypadkach zachorowań nawet prawidłowo prowadzona diagnostyka i zintensyfikowane leczenie w znacznym stopniu przypadków nie pozwalają uchronić chorego od wystąpienia stanu bezpośredniego zagrożenia życia aż do śmierci wyłącznie. Biegli stwierdzili, iż dostrzegają realne trudności w dokonaniu możliwie jednoznacznej medyczno-sądowej oceny postępowania K. B. w aspekcie odpowiedzialności z art. 160 kk. Wątpliwości biegłych dotyczyły tego czy pomiędzy nieprawidłowym postępowaniem K. B. a skutkiem w postaci narażenia S. L. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu istnieje związek przyczynowy. Zdaniem biegłych, dokonanie pełnej oceny medyczno sądowej skutków nieprawidłowego postępowania lekarza K. B. możliwe jest wyłącznie z pozycji *ex post*, tj. z uwzględnieniem szerokiej wiedzy o dalszych losach chorego, niepomyślnym rozwoju schorzenia, a nade

wszystko ustalonych jego etiopatologii, rodzaju i charakterze. Zważywszy na dalszą sekwencję zdarzeń, realne szanse na utrzymanie chorego przy życiu i skuteczne działanie terapeutyczne mogące odwrócić niepomyślnie losy chorego były jedynie minimalne i należałoby je określać raczej rozważaniami teoretycznymi.

Wskazać trzeba, że z powyższej opinii wynika jednoznaczny wniosek co do tego, że postępowanie K. B. było nieprawidłowe i że dopuścił się on błędu diagnostycznego oraz decyzyjnego. Podkreślić również trzeba, że odpowiedzialność oskarżonego rozważana była i jest w kontekście wyczerpania znamion czynu z art. 160 § 2 i 3 kk, w świetle którego odpowiedzialności karnej podlega ten, kto nieumyślnie naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Wątpliwości biegłych zrodziły się na tle znamienia bezpośredniości.

Wskazać trzeba, że w opinii uzupełniającej z dnia 27.02.2014 r. biegli stwierdzili, iż postępowanie oskarżonego skutkowało kilkugodzinnym opóźnieniem w rozpoczęciu prawidłowego i zintensyfikowanego oraz wielokierunkowego leczenia sepsy, przez co stanowiło czynnik pomniejszający szanse terapeutyczne i było rokowniczo niekorzystne. Stan realnego zagrożenia życia pacjenta był zdeterminowany stanem chorobowym i nie wynikał z błędnego postępowania (zaniechania) lekarza K. B.. Rozpatrując skutki nieprawidłowego zachowania się oskarżonego można mówić o niepodjęciu czy zaniechaniu pożądanych i oczekiwanych działań medycznych, w szczególności decyzyjnych (transport do szpitala), które w rezultacie miałyby doprowadzić do zahamowania czy uchylenia już istniejącego, względnie zbliżającego się nieuchronnie i gwałtownie realnego niebezpieczeństwa utraty życia chorego, przez co realizowałyby się kodeksowe znamie narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Takie stanowisko byłoby uprawnione i dopuszczalne ze stanowiska ex ante. Natomiast zdaniem biegłych z pozycji ex post, mając pełnię wiedzy o dalszej sekwencji zdarzeń, dysponując wynikami badania autopsyjnego i znając obciążenia zdrowotne już takiej pewności nie ma. Zdaniem biegłych zatem kategoryczne stwierdzenie o narażeniu pacjenta S. L. przez lekarza K. B., mimo nie budzącego wątpliwości błędnego postępowania, na bezpośrednie niebezpieczeństwo byłoby nieuprawnione i nie znajdujące pełnego i obiektywnego uzasadnienia.

Zdaniem Sądu opinie wydane przez biegłych ze (...), są niekategoryczne, niepełne, biegli unikali udzielenia odpowiedzi na kluczowe pytania. Zwrócić trzeba uwagę, że biegli stwierdzili, że postępowanie oskarżonego skutkowało kilkugodzinnym opóźnieniem w rozpoczęciu prawidłowego i zintensyfikowanego oraz wielokierunkowego leczenia sepsy, przez co stanowiło czynnik pomniejszający szanse terapeutyczne, z czego wnosić trzeba, że w sytuacji natychmiastowego przewiezienia do szpitala chory zostałby poddany leczeniu. Zdaniem Sądu biegli oparli się na błędnym założeniu, które wprost wyartykułowali, a mianowicie, iż prawidłowe postępowanie oskarżonego w rezultacie miałyby doprowadzić do zahamowania czy uchylenia już istniejącego, względnie zbliżającego się nieuchronnie i gwałtownie realnego niebezpieczeństwa utraty życia chorego. Zauważyć trzeba, że czym innym jest odpowiedzialność z art. 160 kk, a czym innym z art. 155 kk. Oczywiście jest, że nie wiadomo i nie ma możliwości stwierdzenia, z jakim efektem chory byłby leczony, a więc nie wiadomo, czy w przypadku właściwego postąpienia przez K. B. możliwe byłoby wyleczenie oskarżonego, czy chociażby zapobieżenie jego śmierci. Tak jednak jest w większości przypadków, kiedy bez wdrożenia leczenia następuje śmierć chorego. Niemniej jednak, zaniechanie i zlekceważenie oczywistych objawów przez oskarżonego z pewnością szansa na podjęcie próby leczenia S. L. (1) pozbawiło, podczas gdy leczenie to mogło być zastosowane, a także w świetle istniejących objawów – zastosowane być powinno. Podkreślić trzeba, że oskarżonemu nie zarzucono nieumyślnego spowodowania śmierci, co miałyby miejsce, gdyby można było ustalić, że w razie podjęcia prawidłowych działań S. L. by przeżył. Zarzut postawiony oskarżonemu dotyczy narażenia pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia – właśnie dlatego, że nie wiadomo jaki byłby skutek leczenia, zaś sytuacja opisana przez biegłych jako „kilkugodzinne opóźnienie w rozpoczęciu prawidłowego i zintensyfikowanego oraz wielokierunkowego leczenia sepsy, co stanowiło czynnik pomniejszający szanse terapeutyczne” z pewnością w tej kategorii się mieści. Skoro postępowanie oskarżonego skutkowało kilkugodzinnym opóźnieniem w rozpoczęciu prawidłowego i zintensyfikowanego oraz wielokierunkowego leczenia sepsy, to wnosić należy, że wdrożenie leczenia było możliwe. Tym samym niezrozumiała i wątpliwa jest konkluzja biegłych, iż pomimo tak sklasyfikowanego naruszenia obowiązków przez lekarza, a także mimo opisanych konsekwencji dla pacjenta (niezastosowanie niezwłocznej hospitalizacji i leczenia), nie można mówić o spowodowaniu na niego bezpośredniego niebezpieczeństwa

utrąty życia. Zaznaczyć trzeba, że pomimo wszelkich obciążeń zdrowotnych występujących o chorego, faktem powszechnie znanym jest to, że sepsa jest chorobą, którą z różnym skutkiem, ale się leczy, zaś częstokroć decydujący dla efektów jest czas rozpoczęcia leczenia. Nie jest zatem tak, że chory nie ma szans na wyleczenie tej choroby. Nie można przesądzać zatem jaki byłby skutek leczenia, ale także nie można przesądzić tego, że natychmiastowe podjęcie leczenia nie dawałoby choremu szans na wyleczenie.

Bez znaczenia są wywody biegłych na temat czasu powstania wybroczyn oraz możliwości wystąpienia ich w krótkim czasie, co było konsekwencją pytania zadanego biegłym przez oskarżonego. Wskazać bowiem trzeba, że wyżej już opisany materiał dowodowy w postaci zeznań E. i E. L. (1) w powiązaniu z treścią zarejestrowanej rozmowy telefonicznej E. L. (2) z dyspozytorem pogotowia, przesądzają, że wybroczyny owe widoczne były na ciele chorego jeszcze przed przybyciem K. B.. Z całą zatem pewnością oskarżony nie tylko mógł, ale powinien je zauważyć i odpowiednio na ten objaw zareagować, czego jednak nie uczynił, wykazując się daleko posuniętą ignorancją.

W opinii uzupełniającej z dnia 18.09.2014 r. biegli stwierdzili, że na podstawie dokumentacji lekarskiej z przeprowadzonego przez oskarżonego badania lekarskiego nie można powiedzieć, aby stan zdrowia S. L. (1) i manifestowane przez niego objawy w momencie wizyty lekarskiej K. B. wskazywały, iż znajdował się on w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Także i to stwierdzenie pozostaje bez znaczenia dla sprawy, albowiem zarówno badanie chorego, jak i sporządzona w trakcie wizyty przez oskarżonego dokumentacja, były niepełne i nie uwzględniały wszystkich objawów chorobowych.

Reasumując, opinie wydane przez biegłych ze (...) należało uznać za wewnętrznie sprzeczne, jako że zawierają one stwierdzenia wzajemnie się wykluczające. Z jednej strony biegli bowiem twierdzą, iż prawidłowym postępowaniem byłaby natychmiastowa hospitalizacja, przy czym chory winien zostać przewieziony do szpitala karetką z lekarzem, co wskazuje na to, że znajdował się on w położeniu bezpośredniego zagrożenia życia, a następnie, że podczas wizyty oskarżonego brak było podstaw do twierdzenia, iż takie zagrożenie istniało. Wprawdzie konkluzja biegłych o braku podstaw do twierdzenia w trakcie wizyty oskarżonego, że chory znajdował się w stanie zagrożenia życia wynikała z analizy dokumentacji z tejże wizyty sporządzonej przez oskarżonego, zaś dalej biegli podają, że zagrożenie to jednak istniało, to jednak takie postawienie sprawy przez biegłych wprowadza w błąd i powoduje duże trudności interpretacyjne w zrozumieniu wyprowadzonych przez nich ostatecznie wniosków. Zdaniem Sądu wnioski te są dalekie od jednoznacznych. Bez znaczenia winno być bowiem to, co wynika z dokumentacji sporządzonej przez oskarżonego, skoro wiadomo na podstawie innych dowodów, że już w trakcie wizyty chory miał na ciele widoczne wybroczyny.

Zważywszy na powyższe zastrzeżenia co do opinii oraz to, że biegli (...) pomimo zlecenia dwóch opinii uzupełniających, w dalszym ciągu nie byli w stanie jednoznacznie wypowiedzieć się do kwestii mających kluczowe znaczenie dla odpowiedzialności karnej, celem weryfikacji powyższego stanowiska, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych z (...) w Ł. na okoliczność:

- czy prawidłowe postępowanie lekarza K. B. (1) (udzielającego pomocy w ramach wizyty domowej u S. L. (1)) i zlecenie natychmiastowej hospitalizacji pozwoliłoby na postawienie właściwej diagnozy oraz wdrożenie leczenia pacjenta S. L. (1);

- czy na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego można przyjąć, że choroba pacjenta S. L. (1) mogła być leczona, czy też nie dawała szans na wyzdrowienie pomimo natychmiastowej (zrealizowanej niezwłocznie po wizycie lekarza K. B. (1)) hospitalizacji.

\

W opinii z dnia 14.12.2015 r. biegli z (...) w Ł. wnikliwie przeanalizowali zgromadzony materiał dowodowy i stwierdzili, iż:

- biorąc pod uwagę oznaczone parametry życiowe oraz osłabienie i odwodnienie chorego, a także zmiany kolorytu skóry kończyn, świadczące o centralizacji krążenia i rozpoczynającym się wstrząsie, K. B. postąpił nieprawidłowo, pozostawiając chorego w domu; należało podjąć decyzję o przewiezieniu chorego do szpitala, celem diagnostyki i leczenia;

- natychmiastowe przewiezienie S. L. (1) do szpitala z dużym prawdopodobieństwem pozwoliłoby na postawienie rozpoznania posocznicy i wdrożenie leczenia antybiotykoterapią. Wobec dolegliwości występujących u chorego (wymioty, biegunka, kaszel, gorączka), jak również domniemanego wyniku badania fizykalnego (który byłby zapewne zbliżony do stanu zdrowia zastanego przez lek. B.), najpewniej zlecono by u chorego wykonanie badań laboratoryjnych takich jak morfologia krwi oraz CRP, a także prawdopodobnie wykonano by rtg klatki piersiowej. Znając wyniki badań chorego, które wykonano w dniu 09.02.2012 r. jak również ustalone pośmiertnie rozpoznanie posocznicy z punktem wyjścia w płatowym zapaleniu płuca biegli uważają, że wyniki badań typu morfologia i CRP ewentualnie pobranych około północy 8/9.02.2012 r. z najwyższym prawdopodobieństwem wykazałyby nieprawidłowości wskazujące na toczący się uogólniony proces zapalny organizmu i tym samym skoniłoby do włączenia antybiotykoterapii oraz leczenia przeciwwstrząsowego;

- posocznica z punktem wyjścia w płatowym zapaleniu płuca mogła być leczona antybiotykoterapią oraz terapią przeciwwstrząsową (płynoterapia, ewentualnie aminy katecholowe), **zaś wcześniejsza o około cztery godziny hospitalizacja dawała szanse choremu na przeżycie;**

- wczesna i właściwa antybiotykoterapia początkowa znacznie zwiększa szanse chorych z sepsą na przeżycie, choć biegli zaznaczyli, że mimo to śmiertelność wśród chorych, u których początkowe leczenie antybiotykami było właściwe nadal jest duża i wynosi od 15% w zapaleniu płuc do 56% we wstrząsie septycznym.

W opinii uzupełniającej z dnia 29.04.2016 r., w której biegli podtrzymali dotychczasowe wnioski, a także udzielili odpowiedzi na pytania obrońcy oskarżonego, biegli nie pozostawili wątpliwości co do tego, że szanse na przeżycie S. L. istniały. Biegli stwierdzili, iż:

- podanie antybiotyku dożylnie w przypadku wstrząsu septycznego, nawet na etapie schyłkowej niewydolności nerek i wątroby, daje pewne, choć trudne do określenia, szanse pacjentowi na przeżycie. Wątroba i nerki są organami, w których następuje metabolizm antybiotyków, za ich pomocą są one usuwane z organizmu. W przypadku antybiotyków podawanych dożylnie, choremu podawana jest aktywna forma antybiotyku, dlatego stan funkcji wątroby czy nerek nie ma wpływu na fakt, czy antybiotyk zadziała w organizmie chorego. Niewydolność wątroby czy nerek może mieć natomiast wpływ na dłuższe utrzymywanie się antybiotyku we krwi oraz dłużej utrzymujące się i wyższe jego stężenie we krwi, jak również nasilenie działań niepożądanych antybiotyków z uwagi na brak lub znacznie spowolniony metabolizm tych leków;

- w przypadku pobrania posiewu krwi (lub innych materiałów biologicznych) w kierunku wzrostu bakterii, pierwszy wstępny i ogólny wynik mikrobiologiczny jest możliwy zwykle po pierwszej dobie hodowli, zaś pełny wynik posiewu z określeniem antybiogramu, uzyskuje się z reguły po 3-4 dobach. Zatem 4 godziny z reguły nie wystarczają na badanie bakteriologiczne. Natomiast brak wyniku posiewu, choćby wstępnego, nie stanowi przeszkody do włączenia leczenia pacjenta antybiotykoterapią. Prawie nigdy lekarz przyjmujący chorego i stawiający diagnozę wstępną sepsy czy wstrząsu septycznego nie wie, a jakim drobnoustrojem wywołującym stan chorobowy ma do czynienia. W takiej sytuacji włącza się leczenie tzw. empiryczne antybiotykami o szerokim spektrum działania albo nawet leczenie dwoma antybiotykami. Po uzyskaniu wyniku posiewu lub w przypadku ewidentnego braku jakiegokolwiek poprawy stanu chorego włączoną antybiotykoterapię modyfikuje się adekwatnie do wyniku antybiogramu i wtedy antybiotykoterapia przyjmuje tzw. charakter celowany, tj. skierowany przeciwko konkretnemu drobnoustrojowi;

- pobranie odpowiednich próbek krwi i materiału biologicznego jest możliwe w ciągu czterech godzin od przyjęcia chorego do szpitala. Szybkość decyzji o pobraniu takich próbek zależy od tego, czy lekarz już na podstawie samego obrazu klinicznego pacjenta podejrzewa sepsę, wówczas pobrane są niezwłocznie po przybyciu chorego do szpitala,

czy też takie podejrzenie nasuwa się dopiero po uzyskaniu badań dodatkowych, np. badań krwi (z reguły 1-2 godziny po przyjęciu chorego do szpitala);

- rozpoczęcie leczenia antybiotykami S. L. po otrzymaniu wyników badań nastąpiłoby z całą pewnością, natomiast jedynie na podstawie samego wywiadu i badania fizykalnego – z dużym prawdopodobieństwem tuż po pobraniu krwi do badań, gdyż już same dolegliwości typu kaszel, wymioty, biegunka, gorączka, wskazywały na tło infekcyjne stanu chorego;

- **gdyby S. L. (1) przyjęto około cztery godziny wcześniej do szpitala, to jego szanse na przeżycie byłyby większe, a tym samym stopień zagrożenia życia tego chorego stały się mniejszy.** Nie można jednak stwierdzić, że zwiększenie szans na przeżycie po wdrożeniu wskazanego przez biegłych leczenia byłoby znaczne ani że stopień zagrożenia życia chorego stały się wówczas znacząco mniejszy. Wynika to z faktu pierwotnej ciężkości procesu chorobowego, który występował u S. L.. Jak wiadomo z sekcji zwłok, u chorego występował zaawansowany proces zapalny płuca, który stał się punktem wyjścia sepsy, a takie zmiany w płucu, jakie stwierdzono badaniem sekcyjnym, jak i histopatologicznym, nie tworzą się w ciągu 1-2 doby, ale co najmniej przez kilka dni.

- **S. L. już w momencie jego badania przez K. B. znajdował się w stanie niebezpiecznym dla życia i zdrowia (początek wstrząsu septycznego), zaś nieprawidłowe postępowanie oskarżonego spowodowało przesunięcie ww. pacjenta do stanu jeszcze bardziej niebezpiecznego dla życia i zdrowia (wstrząs septyczny bez leczenia m.in. antybiotykami).** Z uwagi jednak na wskazany sekcyjnie stopień zaawansowania zmian chorobowych i wynikający z tego dość długi czas rozwoju infekcji przekraczający 1-2 doby oraz zaawansowanie kliniczne infekcji (rozpoczynający się wstrząs septyczny) nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, że stopień eskalacji niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia S. L., będący następstwem postępowania K. B. był znaczny.

Ostatnio przytoczoną uwagę biegłych należy rozumieć w ten sposób, że nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, że wcześniejsza hospitalizacja pozwoliłaby na wyleczenie S. L. (1). Wskazać trzeba, że – jak już wyżej podano - fakt ten nie budzi żadnych wątpliwości. Rozważania na temat tego, czy S. L. udałoby się uratować uznać należy za czysto teoretyczne, a jednocześnie nie mające znaczenia z punktu widzenia odpowiedzialności na podstawie art. 160 § 2 i 3 kk. Istotnym zagadnieniem jest bowiem to, że brak hospitalizacji pozbawił S. L. możliwości podjęcia próby jego leczenia. Zaznaczyć trzeba, że do takiego samego wniosku doszli biegli ze (...), jednak powstrzymali się oni od jednoznacznej wypowiedzi odnośnie skutku w postaci narażenia S. L. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, przy czym jak wynika z całokształtu ich opinii, skutek ten wiązali oni właśnie z faktem niemożności stwierdzenia, czy chory by przeżył. Wskazać trzeba, że takie interpretowanie znamion czynu z art. 160 § 2 i 3 kk jest niewłaściwe. Nie chodzi bowiem o dokonywanie ustaleń, które zważywszy na realia sprawy (pacjent zmarł przed podjęciem leczenia) są niemożliwe. Pewność co do możliwości wyleczenia spowodowałaby odpowiedzialność z art. 155 kk. W realiach niniejszej sprawy za jasne i jednoznaczne należy uznać wnioski wysnute przez biegłych z Ł., którzy swoich rozważaniach nie wyszli poza ramy pojęcia narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, dzięki czemu wnioski zawarte w ich opinii nie zostały wypaczone przez błędne pojmowanie zagadnienia.

Opinia biegłych z Ł. jest spójna, zaś wnioski są logiczne, konstruktywne, kategoryczne, jednoznaczne i pozbawione elementu wahania czy niepewności, którymi cechowały się opinie wydane przez poprzedni zespół biegłych. Każde zagadnienie istotne dla sprawy zostało przez biegłych z Ł. szczegółowo omówione, poparte wynikami badań oraz poprzedzone rozległą analizą zaistniałego stanu rzeczy. Opinia rozwiewa wątpliwości, które nasuwały się po lekturze opinii poprzednio opiniującego zespołu, a przy tym biegli rozważyli wnikliwie wszelkie aspekty istotne dla sprawy. Podkreślić trzeba to, o czym mowa była już wcześniej, że posocznica jest chorobą, która podlega leczeniu i choć nie wiadomo czy leczenie zakończyłoby się sukcesem, albowiem śmiertelność w przypadku tej choroby jest duża, to wdrożenie leczenia w warunkach szpitalnych niezwłocznie po wizycie K. B. dawałoby przynajmniej szanse choremu, których został on pozbawiony przez błędne postępowanie lekarza K. B.. Brak jest przy tym podstaw do twierdzenia, że jakiegokolwiek leczenie nawet w przypadku właściwego postąpienia i skierowania niezwłocznie do szpitala nie byłoby

skuteczne i niezależnie od podjętego leczenia zakończyło by się śmiercią pacjenta. Brak jest także podstaw do przyjęcia, że K. B. nie mógł postąpić zgodnie ze wskazaniami biegłych z uwagi na stan chorego w czasie jego wizyty, albowiem z całą pewnością objawy jakie prezentował chory w czasie tej wizyty stanowiły wystarczający powód do natychmiastowej i bezwarunkowej hospitalizacji i co do tego opinie wydane przez oba zespoły biegłych są zgodne. Dopiero jednak opinia biegłych z Ł. daje odpowiedzi na kluczowe pytania, tj. czy prawidłowe postępowanie K. B. (1) i zlecenie natychmiastowej hospitalizacji pozwoliłoby na postawienie właściwej diagnozy oraz wdrożenie leczenia pacjenta S. L. (1), jak również czy można przyjąć, że choroba S. L. (1) mogła być leczona, czy też nie dawała szans na wyzdrowienie pomimo natychmiastowej (zrealizowanej niezwłocznie po wizycie lekarza K. B. (1)) hospitalizacji.

Dopiero jasna odpowiedź na te kluczowe w realiach niniejszej sprawy zagadnienia umożliwiła ustalenie, czy wyczerpane zostały znamiona przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 kk. Poprzednio opiniujący biegli nie udzielili przekonującej odpowiedzi na powyższe zagadnienia, a wręcz jej unikali stwierdzając, że sformułowanie jednoznacznych wniosków w tym zakresie nie jest możliwe. W odróżnieniu od opinii biegłych (...), biegli z Ł. udzielają konkretnych, jasnych i jednoznacznych odpowiedzi na wszystkie pytania, zaś każdy wniosek poparty jest szczegółowym wyjaśnieniem i rozważeniem tematyki oraz sposobu rozumowania prowadzącego do takiej, a nie innej konkluzji.

Mając powyższe na uwadze Sąd dał w całości wiarę opinii, zarówno pierwszej, jak i uzupełniającej, biegłych z (...) w Ł.. Odnosnie opinii wydanych przez poprzedni zespół biegłych, Sąd uznał je za wiarygodne jedynie w zakresie, w jakim korelują one z opiniami wydanymi przez drugi zespół biegłych.

Jak wynika z utrwalonego orzecznictwa, zakres obowiązków ciążących na gwarancie musi być definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego w którym on działa, w oparciu o wtedy dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu formułowane być winny wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 2010 r., III KK 408/09).

Aby pociągnąć oskarżonego do odpowiedzialności karnej należało wykazać, że pomiędzy nie zleceniem niezwłocznej, bezwarunkowej hospitalizacji a narażeniem pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia zachodzi związek przyczynowy.

Zdaniem Sądu nie ma wątpliwości co do tego, iż nieprawidłowa diagnostyka, jakiej dopuścił się oskarżony, wręcz zlekceważenie istotnych objawów, świadczących o realnym niebezpieczeństwie dla życia pacjenta, spowodowała skutek w postaci narażenia S. L. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie można stwierdzić, iż w przypadku zastosowania prawidłowego postępowania doszłoby do wyleczenia chorego, ale niewątpliwie niezwłoczna hospitalizacja i podjęcie szerszej diagnostyki w warunkach szpitalnych w powiązaniu z natychmiastowym wdrożeniem antybiotykoterapii umożliwiłaby leczenie pacjenta, do którego nie doszło na skutek zawnionego błędu K. B..

Podkreślenia wymaga, że występki z art. 160 § 2 i 3 kk jest przestępstwem skutkowym, materialnym. Skutkiem takim jest narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Aby przestępstwo takie można było przypisać oskarżonemu, konieczne było stwierdzenie, czy zachowanie przypisywane oskarżonemu pozostawało w związku przyczynowym z opisanym wyżej skutkiem, tj. narażenie S. L. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Nie wnikając w teoretyczne rozważenia na temat instytucji związku przyczynowego stwierdzić należy, iż o związku przyczynowym pomiędzy zachowaniem a skutkiem można mówić wówczas, gdy bez określonego zachowania się sprawcy skutek by nie nastąpił. Jak już natomiast wyżej wskazano i co wynika z opinii biegłych z (...) w Ł., wcześniejsza o około cztery godziny hospitalizacja dawała szanse choremu na przeżycie, zaś bez natychmiastowej hospitalizacji takich szans nie miał.

Podsumowując powyższe rozważania, w ocenie Sądu należało uznać, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy daje podstawy do przypisania oskarżonemu popełnienia zarzucanego mu w akcie oskarżenia przestępstwa.

Sąd podzielił kwalifikację prawną zaproponowaną w akcie oskarżenia.

Występku kwalifikowanego z art. 160 § 2 i 3 kk, dopuszcza się ten, kto nieumyślnie naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli ciąży na nim obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo.

K. B. (1) w nocy z 8 na 9 lutego 2012 r. w G. działając nieumyślnie jako lekarz wezwany na wizytę domową do chorego S. L. (1) mając obowiązek opieki nad pacjentem nieprawidłowo przeprowadził badanie chorego i nie zlecił natychmiastowej hospitalizacji chorego, co zmniejszyło jego szanse na wyleczenie i stanowiło dodatkowy czynnik pogarszający, wpływający na zdynamizowanie stanu chorobowego i pogłębienie objawów niewydolności krążeniowo – oddechowej oraz wielonarządowej w przebiegu ciężkiego prawostronnego zapalenia płuc, czym naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Zdaniem Sądu nie budzi wątpliwości możliwość przypisania oskarżonemu winy. Oskarżony jako osoba dorosła i w pełni poczytalna, z pewnością zdawał sobie sprawę z charakteru popełnionego czynu i miał możliwość pokierowania swoim postępowaniem. Charakter przedmiotowego czynu w powiązaniu z faktem, że K. B. (1) był w czasie zdarzenia doświadczonym lekarzem medycyny, wskazują na to, iż oskarżony bez wątpienia zdawał sobie także sprawę z jego bezprawności i karalności.

Wskazać należy, że przestępstwo z art. 160 § 3 kk charakteryzuje się nieumyślnością w znaczeniu art. 9 § 2 kk, czyli sprawca nie ma zamiaru narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naraża go jednak w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której sprawca narażenie człowieka przewidywał lub obiektywnie biorąc mógł przewidzieć. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99).

Uznając oskarżonego K. B. (1) za winnego popełnienia wskazanego wyżej czynu Sąd wymierzył mu za ten czyn karę 10 miesięcy pozbawienia wolności.

Wymierzając oskarżonemu karę za przypisane mu przestępstwo, Sąd uwzględnił wszelkie okoliczności, jakie nakazuje brać pod uwagę art. 53 § 1 k.k.. W myśl tego przepisu, Sąd wymierza karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę, bacząc, by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy, uwzględniając stopień społecznej szkodliwości czynu oraz biorąc pod uwagę cele zapobiegawcze i wychowawcze, które ma osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa. Zgodnie z art. 115 § 2 kk przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu Sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Ponadto Sąd miał na względzie, że § 2 artykułu 53 kk wskazuje, iż wymierzając karę Sąd uwzględnia m.in. motywację i sposób zachowania się sprawcy, rodzaj i stopień naruszenia ciążących na sprawcy obowiązków, rodzaj i rozmiar ujemnych następstw przestępstwa, właściwości i warunki osobiste sprawcy, sposób życia przed popełnieniem przestępstwa i zachowanie się po jego popełnieniu.

Jako okoliczność obciążającą Sąd przyjął uprzednią karalność oskarżonego oraz wysoki stopień społecznej szkodliwości czynu przejawiający się w sposobie działania oskarżonego, rodzaju naruszonego dobra oraz w rażącym braku poszanowania dla podstawowych norm i zasad społecznych. Pomimo tego, iż oskarżony z racji wykonywanego zawodu lekarza miał obowiązek opieki nad narażonym na niebezpieczeństwo – pacjentem S. L. (1), obowiązek ten świadomie zlekceważył.

Za okoliczność łagodzącą Sąd uznał pozytywną opinię służbową oskarżonego.

Sąd uwzględnił fakt, iż czyn oskarżonego został popełniony nieumyślnie, zaś czyny, za które był karany uprzednio, choć również związane z wykonywaniem zawodu lekarza, miały jednak zupełnie inny charakter. Fakt ten z kolei przemawia za uznaniem, iż pomimo wyżej opisanych okoliczności obciążających, aktualnie względem oskarżonego

istnieje pozytywna prognoza kryminologiczna, co z kolei czyni niecelowym stosowanie represji karnej w postaci bezwzględnego pozbawienia wolności.

Analizując zatem przesłanki określone w art. 69 § 1 i 2 kk w brzmieniu obowiązującym w dacie czynu, Sąd doszedł do wniosku, iż właściwości i warunki osobiste oskarżonego pozwalają na zastosowanie wobec niego środka probacyjnego w postaci warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności. Mając to na uwadze wykonanie orzeczonej w punkcie I wyroku kary pozbawienia wolności Sąd warunkowo zawiesił na okres próby wynoszący pięć lat.

Zawieszając warunkowo wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności Sąd zastosował przepisy obowiązujące w dacie czynu, albowiem są one względniejsze dla sprawcy. Przepis art. 69 § 1 kk w brzmieniu obowiązującym w dacie wyrokowania, nie pozwala już bowiem na warunkowe zawieszenie wykonania kary pozbawienia wolności orzeczonej wobec sprawcy, który w czasie popełnienia przestępstwa był skazany na karę pozbawienia wolności. Z kolei przepis art. 69 § 1 kk w brzmieniu obowiązującym w dacie popełnienia czynu, umożliwił takie rozstrzygnięcie, zatem – kierując się zasadą określoną w art. 4 § 1 kk – należało zastosować przepisy względniejsze dla oskarżonego.

Na mocy art. 41 § 1 kk – przy zastosowaniu art. 4 § 1 kk – Sąd orzekł wobec oskarżonego K. B. (1) zakaz wykonywania zawodu lekarza na okres czterech lat. Sąd doszedł bowiem do przekonania, że orzeczenie powyższego środka jest wskazane wobec stopnia naruszenia reguł ostrożności przez oskarżonego, a w szczególności ewidentnie lekceważącego podejścia do pacjenta, które przemawia za uznaniem, że co najmniej przez kilka lat K. B. (1) powinien być odsunięty od wykonywania zawodu lekarza. Z drugiej strony wskazany okres 4 lat jest zdaniem Sądu wystarczającą represją dla oskarżonego w realiach niniejszej sprawy.

Zważywszy na to, iż orzeczenie zadośćuczynienia pokrzywdzonym E. i E. L. (1) byłoby znacznie utrudnione, albowiem przeprowadzone postępowanie nie pozwoliło na ustalenie niewątplivej kwoty należnej pokrzywdzonym z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, Sąd skorzystał z możliwości przewidzianej w treści art. 46 § 2 kk, orzekając zamiast obowiązku określonego w art. 46 § 1 kk, od oskarżonego K. B. (1) na rzecz pokrzywdzonych E. i E. L. (1) nawiązkę w wysokości 20.000 zł. Zdaniem Sądu kwota ta jest adekwatna do rozmiaru krzywdy doznanej przez pokrzywdzonych. Niemniej wskazać należy, że jeżeli zasądzona kwota nie usatysfakcjonuje pokrzywdzonych, powyższe orzeczenie nie stoi – stosownie do treści art. 46 § 3 kk - na przeszkodzie dochodzeniu niezaspokojonej części roszczenia w drodze postępowania cywilnego.

Nie znajdując podstaw do zwolnienia, na podstawie art. 626 § 1 kpk, art. 627 kpk, art. 1, art. 2 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 23 czerwca 1973 r. o opłatach w sprawach karnych (tekst jedn. Dz. U. z 1983 r. Nr 49 poz. 223 ze zm.) Sąd zasądził od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa opłatę w kwocie 180 zł oraz w całości pozostałe koszty sądowe.

Z kolei na podstawie art. 626 § 1 kpk, art. 627 kpk oraz § 2 ust. 1 i 2, § 14 ust. 1 pkt 2, ust. 2 pkt 3 i ust. 7, § 16 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1348 ze zm.), z uwagi na złożony wniosek, Sąd zasądził od K. B. (1) na rzecz oskarżycielki posiłkowej E. L. (2) kwotę 1.446,48 zł brutto tytułem zwrotu wydatków poniesionych przez oskarżycielkę posiłkową w związku z ustanowieniem pełnomocnika w sprawie.