

Sygn. akt II Ka 405/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 października 2013 roku

Sąd Okręgowy w Tarnowie II Wydział Karny w składzie:

Przewodniczący:	SSO Agnieszka Sadecka
Sędziowie:	SO Kinga Braty SO Jacek Satko (spr.)
Protokolant:	st. sekr. Urszula Molczyk

przy udziale Prokuratora Prokuratury Rejonowej del. do Prokuratury Okręgowej Waldemara Malca

po rozpoznaniu w dniu 24 października 2013r.

sprawy A. K.

oskarżonego o przestępstwo z art. 160 § 2 kk

na skutek apelacji wniesionej przez oskarżyciela publicznego i obrońcę

od wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie

z dnia 17 maja 2013 roku, sygn. akt II K 501/11

na podstawie art. 437 § 2 kpk, art. 438 pkt 3 i 4 kpk i art. 636 § 1 kpk:

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że :

1. na mocy art. 66 § 1 kk i art. 67 § 1 kk postępowanie karne przeciwko oskarżonemu A. K.o czyn polegający na tym, że dnia 19 lipca 2008 roku w T.jako lekarz dyżurny (...)w T., na którym ciążył obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem R. W.przy stwierdzonym u pokrzywdzonego urazie głowy działając nieumyślnie, dopuścił się błędu medycznego decyzyjnego poprzez zaniechanie pozostawienia pacjenta na Oddziale Ratunkowym Szpitala celem monitorowania stanu jego organizmu a nadto poprzez zaniechanie wykonania badania diagnostycznego w postaci tomografii komputerowej głowy nie rozpoznając u wymienionego złamania kości sklepienia podstawy czaszki, krwaka podtwardówkowego, wylewu krwawego podpajęczynówkowego, rozległego stłuczenia mózgu i pnia mózgu co odroczyło w czasie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego ze względów życiowych, czym nie mając takiego zamiaru naraził R. W.na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a które narażenie mógł przewidzieć tj. o czyn z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk - warunkowo umarza na okres próby wynoszący 1 (jeden) rok orzekając na mocy art. 67 § 3 kk świadczenie pieniężne w kwocie 2.000 (dwa tysiące) złotych na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej płatne w terminie do dnia 31 grudnia 2013 roku,

2. uchyla ustęp II i III,

II. w pozostałym zakresie zaskarżony wyrok utrzymuje w mocy i zasądza od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa 100 (sto) złotych kosztów procesu za postępowanie odwoławcze, w tym 80 (osiemdziesiąt) złotych opłaty za obie instancje.

Sygn. akt II Ka 405/13

UZASADNIENIE

A. K.został oskarżony o to, że dnia 19 lipca 2008 roku w T.jako lekarz dyżurny (...) w T., na którym ciążył obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem R. W.przy stwierdzonym u pokrzywdzonego urazie głowy, dopuścił się błędu medycznego decyzyjnego poprzez zaniechanie zlecenia podstawowych badań diagnostycznych w postaci badania rentgenowskiego czaszki oraz tomografii komputerowej głowy umożliwiających postawienie prawidłowej diagnozy godząc się w ten sposób na skutek w postaci nie rozpoznania u wymienionego złamania kości sklepienia podstawy czaszki, krwiaka podtwardówkowego, wylewu krwawego podpajęczynówkowego, rozległego stłuczenia mózgu i pnia mózgu co odroczyło w czasie przeprowadzenie zabiegu operacyjnego ze względów życiowych, czym naraził R. W.na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj. o przestępstwo z art.160 § 2 kk.

Sąd Rejonowy w Tarnowie po ponownym rozpoznaniu sprawy, wyrokiem z dnia 17 maja 2013 roku sygn. akt II K 501/11 uznał oskarżonego za winnego tego, że dnia 19 lipca 2008 roku w T.jako lekarz dyżurny (...)w T., na którym ciążył obowiązek sprawowania opieki nad pacjentem R. W.przy stwierdzonym u pokrzywdzonego urazie głowy, dopuścił się błędu medycznego decyzyjnego poprzez zaniechanie pozostawienia pacjenta na (...) celem monitorowania stanu jego organizmu a nadto poprzez zaniechanie wykonania badania diagnostycznego w postaci tomografii komputerowej głowy godząc się w ten sposób na skutek w postaci nie rozpoznania u wymienionego złamania kości sklepienia podstawy czaszki, krwiaka podtwardówkowego, wylewu krwawego podpajęczynówkowego, rozległego stłuczenia mózgu i pnia mózgu co odroczyło w czasie przeprowadzenie zabiegu operacyjnego ze względów życiowych, czym naraził R. W.na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu tj. występku z art. 160 § 2 kk i za który na mocy powołanego przepisu wymierzył mu karę 10 miesięcy pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawiesił na okres próby wynoszący 2 lata. Na mocy art. 46 § 1 kk orzekł od oskarżonego na rzecz pokrzywdzonych U. W., M. N.i S. W.kwotę 10.000 zł tytułem naprawienia wyrządzonej szkody (ust. III). Zasądził od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty postępowania oraz oskarżycielki posiłkowej U. W.zwrot wydatków związanych z ustanowieniem pełnomocnika, których wysokość pozostawił do rozstrzygnięcia odrębnym postanowieniem.

Od powyższego wyroku apelację wnieśli obrońca oskarżonego oraz prokurator.

Obrońca oskarżonego zaskarżył wyrok w całości zarzucając mu:

1. obrazę prawa materialnego, a to art. 160 § 2 kk poprzez przypisanie oskarżonemu popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 kk mimo braku możliwości przypisania zachowaniu oskarżonego wszystkich znamion przestępstwa opisanego w tymże przepisie, a to z uwagi na brak możliwości przypisania oskarżonemu świadomości wystąpienia skutku w postaci narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta, a w konsekwencji brak możliwości przypisania oskarżonemu woli i zgody na wystąpienie tegoż skutku,
2. obrazę prawa materialnego, a to art. 2 kk i art. 160 § 2 kk poprzez przypisanie oskarżonemu popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 kk w następstwie uznania, że popełnił błąd medyczny decyzyjny polegający na zaniechaniu wykonania badania w postaci tomografii komputerowej głowy pacjenta, mimo braku związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy przypisanym oskarżonemu zaniechaniem a określonym w ustawie skutkiem w postaci wystąpienia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta,
3. obrazę prawa materialnego, a to art. 4 § 1 kk w zw. z art. 46 § 1 kk poprzez orzeczenie przez Sąd w punkcie III zaskarżonego wyroku od oskarżonego na rzecz oskarżycielek posiłkowych: M. N., U. W.i S. W.kwoty 10.000 złotych

tytułem obowiązku naprawienia wyrządzonej szkody, podczas gdy obowiązujący w dacie czynu przepis art. 46 § 1 kk wyłączał możliwość orzeczenia obowiązku naprawienia szkody za czyn z art. 160 § 2 kk,

4. obrazę przepisu postępowania, a to art. 14 kpk, mającą wpływ na treść orzeczenia, poprzez uznanie oskarżonego za winnego przestępstwa z art. 160 § 2 kk w następstwie przypisania mu popełnienia błędu medycznego decyzyjnego polegającego na „zaniechaniu pozostawienia pacjenta na (...)celem monitorowania stanu jego organizmu” podczas gdy oskarżyciel publiczny zakreślił granice oskarżenia zarzucając oskarżonemu inne zaniechania niż opisane powyżej, a to oskarżył A. K.o popełnienie przestępstwa w następstwie błędów medycznych decyzyjnych polegających na zaniechaniu przeprowadzenia u pacjenta badań RTG czaszki oraz TK głowy, przez co skazanie oskarżonego za zaniechanie działania innego niż zarzucone mu aktem oskarżenia stanowi wyjście poza granice oskarżenia,

5. błąd w ustaleniach faktycznych, mający wpływ na treść wyroku, poprzez wysnucie mylnego wniosku, że pozostawienie pacjenta R. W.na obserwacji w (...)spowodowałoby zmianę zachowania pacjenta oraz jego nastawienia do procedur medycznych i umożliwiłoby przeprowadzenie badań RTG i tomografii komputerowej, a tym samym zdiagnozowanie złamania sklepienia podstawy czaszki i krwiaka podtwardówkowego, podczas gdy wniosek ten de facto jest tylko i wyłącznie założeniem czy też hipotezą i opiera się na domysłach,

6. błędy w ustaleniach faktycznych, mające wpływ na treść wyroku, poprzez wysnucie w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy mylnych wniosków:

- o prawdziwości relacji świadków M. N., S. W.i U. W., a nieprawdziwości wyjaśnień oskarżonego w szczególności w kwestii dotyczącej okoliczności zabrania R. W.z (...);

- o tym, że z opinii biegłych sądowych z CM UJ wynikało, iż oskarżony popełnił błąd decyzyjny polegający na zaniechaniu zlecenia badania R. W. tomografem komputerowym (TK), podczas gdy uważna analiza przywołanej opinii, w szczególności jej ostateczna wersja zaprezentowana na rozprawie w dniu 1 lipca 2010r. nie pozostawia wątpliwości, że oskarżony nie popełnił żadnego błędu decyzyjnego wobec faktu, iż badanie tomografem komputerowym w okolicznościach sprawy biegli uznali za niemożliwe do przeprowadzenia;

- o tym, że oskarżony nie pouczył M. N.o postępowaniu po zabraniu chorego z (...), które polegać miało na obserwowaniu chorego w domu, obudzeniu go po godzinie i wezwaniu pogotowia ratunkowego w razie stwierdzenia jakichkolwiek niepojących symptomów w zachowaniu chorego, podczas gdy prawidłowa ocena zgromadzonego materiału dowodowego, dokonana zwłaszcza z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania i doświadczenia życiowego winny prowadzić do wniosku przeciwnego;

- o tym, że to świadek N.sama dopytywała się o możliwość wezwania karetki pogotowia, podczas gdy z protokołu zeznań świadka M. N. z dnia 21.08.2008r. wynika wprost, że to oskarżony lekarz pouczył ją o tym aby wzywała pogotowie w niepokojącej sytuacji.

W obszernym uzasadnieniu rozwinął każdy z podniesionych zarzutów wskazując na argumenty nakazujące uznać je (zarzuty) za trafne, skutkujące uwzględnieniem jego apelacji.

W konkluzji apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez uniewinnienie oskarżonego od popełnienia zarzuconego mu przestępstwa, względnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do poonownego rozpoznania.

Prokurator zaskarżył wyrok w części dotyczącej orzeczenia o karze na niekorzyść oskarżonego zarzucając mu:

1. obrazę przepisów prawa materialnego, a to art. 4 § 1 kk w zw. z art. 46 § 1 kk, polegająca na orzeczeniu w punkcie III zaskarżonego wyroku od oskarżonego na rzecz pokrzywdzonych U. W., M. N. i S. W.kwoty 10.000 zł tytułem naprawienia wyrządzonej szkody w sytuacji, gdy w chwili popełnienia przypisanego A. K.przestępstwa opisanego

w punkcie I wyroku, ustawa karna nie przewidywała możliwości orzeczenia tego środka karnego wobec sprawcy występku z art. 160 § 2 kk,

2. rażącą niewspółmierność kary polegającą na nie wymierzeniu przez Sąd I instancji A. K. wnioskowanej przez oskarżyciela kary grzywny obok warunkowo zawieszanej kary pozbawienia wolności skutkująca pozbawieniem wymierzonej kary jej atrybutu bezpośredniego i realnego oddziaływania na oskarżonego oraz adekwatności represyjnej za popełnione przez niego przestępstwo,

3. niesłuszne nie zastosowanie wobec oskarżonego środka karnego określonego w art. 41 § 1 kk w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza, w sytuacji, gdy charakter naruszonego dobra i rażące uchybienie podstawowym obowiązkom jakie ciążyły na A. K. jako lekarzu wykazało, że dalsze wykonywanie zawodu może zagrażać istotnym dobrom chronionym tj. życiu i zdrowiu pacjentów.

W konkluzji apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez:

- uchylenie punktu III zaskarżonego wyroku,
- orzeczenie wobec oskarżonego środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza na okres 2 lat,
- wymierzenie oskarżonemu na mocy art. 71 § 1 kk kary grzywny w wymiarze 60 stawek dziennych po 50 złotych każda.

Sąd Okręgowy rozważył, co następuje.

Apelacja obrońcy jest częściowo zasadna, a rodzaj rozstrzygnięcia przez Sąd Okręgowy dezaktualizował apelację prokuratora.

W pierwszym rzędzie należało odnieść się do zarzutów dotyczących obrazy przepisów postępowania których uwzględnienie, a w szczególności naruszenie zasady skargowości prowadziłyby do uniewinnienia oskarżonego, bez potrzeby odnoszenia się do pozostałych zarzutów.

Truizmem jest twierdzenie, że nie udało się skonstruować tzw. pozytywnego katalogu elementów, na podstawie których można byłoby w bezbłędny sposób stwierdzić, że mamy do czynienia z tożsamym czynem. Zwraca uwagę, że autor monografii poświęconej funkcji zasady skargowości, sam nie podając wprost kryteriów identyczności czynu, podkreśla że ten skomplikowany od strony teoretycznej problem jest łatwiejszy i możliwy do rozstrzygnięcia w konkretnym przypadku (S. Stachowiak: Funkcje zasady skargowości w polskim prawie karnym, Poznań 1975, s.218). Najbardziej znana i powoływana jest definicja S. Śliwińskiego (Polski proces karny pod sądem powszechnym. Zasady ogólne, Warszawa 1948, s.205,206) który pisał, że ocena czy zachodzi tożsamość czynu powinna zasadniczo nastąpić na podstawie stwierdzenia czy orzeczenie sędziowskie nie wyszło poza granicę tego samego zdarzenia faktycznego, które jest podstawą oskarżenia i które miał na myśli oskarżyciel. W niniejszej sprawie tym zdarzeniem jest zagadnienie sprawowania opieki przez oskarżonego nad R. W.. Ta (opieka) winna być skuteczna a więc obejmować różne czynności lecznicze właściwe w danym przypadku do zapobieżenia skutkowi. Tym samym wymienienie w zarzucie jako egzemplifikacja jednej czy więcej czynności podczas, gdy sąd ustalił, że należało podjąć inne (czynności), nie powoduje naruszenia zasady skargowości, gdy w opisie czynu przypisanego, sąd te inne czynności lub zamiast wskazanych przez oskarżyciela, przytoczy.

Biegli wydając opinię dawali wyraz, że dokumentacja jest prowadzona w różny sposób, a generalnie towarzyszy temu niechęć lekarza do pisania, co później na ogół stanowi argument przeciwko niemu. Obowiązująca w momencie popełnienia zarzucanego czynu ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2005r. nr 226 poz. 1943) i nawet wydane w oparciu o zawartą w niej delegację rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca z 2001r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U nr 83 poz. 903), nie precyzują szczegółowo jakiej treści zapisy winny się znaleźć w historii choroby. Wobec lakoniczności zawartego w historii choroby stwierdzenia pouczono o postępowaniu (k. 15), należało odwołać się do relacji oskarżonego oraz świadków na temat tego w

jakich okolicznościach nastąpiło wypisanie R. W.z (...). Sąd Okręgowy podziela w tym zakresie ocenę dowodów przeprowadzoną przez Sąd Rejonowy, jak też poczynione w tym przedmiocie ustalenia faktyczne, odwołując się do zawartych w uzasadnieniu wyroku rozważań w tej kwestii. Przytoczone przez skarżącego zarzuty nie są w stanie podważyć tej oceny i wynikających z niej ustaleń. W uzupełnieniu zaakcentować należy to co podkreślał w ustnym wystąpieniu na rozprawie apelacyjnej prokurator i co zresztą przytacza Sąd Rejonowy - siostry pokrzywdzonego biorąc piżamę były nastawione na to, że pozostanie on w szpitalu. Brat został zabrany przez pogotowie z krwawiącą raną. Był podpięty do kroplówki, nie dał się zdiagnozować poprzez wykonanie RTG głowy. Nie mając przecież wiedzy medycznej siłą rzeczy skazywały się one na stanowisko lekarza. Zwraca uwagę, że M. N.w swych zeznaniach podkreślała, że nie poszły do ordynatora lub innego lekarza, bo przecież brat był tam gdzie powinien mieć właściwą opiekę (k. 452v). To, że później obserwowały brata po tym jak trafił do domu było wynikiem odczuwania niepokoju o jego stan zdrowia a nie realizowania zaleceń oskarżonego. Nie sposób w tej sytuacji uznać za wiarygodne jego wyjaśnień, że jedna z sióstr pokrzywdzonego miała powiedzieć, że zabierają tegoż do domu ponieważ leży na niewygodnej leżance i ma przywiązane garstki do niej.

Dalsze wywody należy poświęcić w pierwszej kolejności teoretycznym podstawom odpowiedzialności karnej lekarza. Przesłankami ją (odpowiedzialność) warunkującymi są: błąd w sztuce lekarskiej, ujemne następstwa dla zdrowia lub życia pacjenta określone w poszczególnych przepisach prawa karnego, związek przyczynowy pomiędzy błędem a ujemnymi następstwami, wina lekarza. Błąd może mieć postać błędu diagnostycznego, przez którego należy rozumieć wyciągnięcie z objawów chorobowych innych wniosków niż te, które dyktowane są wiedzą medyczną. Może on polegać tak na nierozpoznanie w ogóle pewnych objawów, a także na wadliwym przeprowadzeniu samych badań służących postawieniu diagnozy bądź w ogóle na pominięciu takich badań. Istotą błędu jest to, iż działanie lub zaniechanie jest sprzeczne z podstawowymi zasadami przyjętymi we współczesnej wiedzy lekarskiej. Błąd w sztuce lekarskiej jest kategorią obiektywną, tj. zależną wyłącznie od stanu wiedzy medycznej na danym etapie rozwoju tej wiedzy. Stan wiedzy medycznej pozwala na ocenę, iż określone działanie lub zaniechanie lekarza było prawidłowe czy też nie. Ocena w tym zakresie wiąże się z posiadaniem wiadomości specjalnych. Biegli bowiem są tylko władni ocenić, czy dane postąpienie było zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Błędu w sztuce nie można w żaden sposób utożsamiać z winą. Lekarz musi mieć obiektywną możliwość właściwego rozpoznania choroby.

Faktem jest, że biegli, na co powołuje się skarżący podkreślali, że stan R. W.w chwili przyjęcia do (...)nie wskazywał objawów bezpośredniego zagrożenia życia. Należy w związku z tym podnieść, że skutkiem o którym mowa w art. 160 § 1 – 3 kk jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także skutek ten będzie miał miejsce wtedy, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już zachodzącego bezpośredniego niebezpieczeństwa (zob. A. Zoll: Kodeks karny. Część szczególna. Tom II, Warszawa 2013, s. 417). Jak stwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 sierpnia 2012r., IV KK 42/12 (LEX nr 1220930) przestępstwo konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo charakteryzuje się tym, że jego skutek przejawia się w wystąpieniu stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla chronionego prawem dobra - jest to taki szczególny układ sytuacyjny, z którego wynika wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia uszczerbku dla dobra prawnego - ale który jednocześnie wcale nie musi, a jedynie może doprowadzić do naruszenia tego dobra. Nie jest w związku z tym jak stwierdza dalej w powołanym wyroku Sąd Najwyższy istotne to, czy pacjent zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ani też to, czy wdrożenie właściwego leczenia uchroniłoby go przed utratą życia albo przed ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu, ale to czy pozostawienie pacjenta w stanie realnie zagrażającym jego życiu bez odpowiednich badań, a następnie właściwego leczenia nie stwarza sytuacji, w której człowiek jest narażony na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, które to sytuacje jedynie mogą - ale nie muszą - wystąpić. Nie ma zatem znaczenia, jak zachowywali się bliscy pokrzywdzonego a w szczególności jak i kiedy reagowali, jak się później okazało na niepokojący stan tegoż, skoro ci nie byli przecież w przeciwieństwie do oskarżonego jako lekarza, gwarantami nie nastąpienia skutku, a działali w przeświadczeniu wywołanym przez tegoż, że stan ich brata nie budzi niepokoju. Przenosząc te zapatrywania na grunt niniejszej sprawy i konfrontując je z opiniami biegłych, podkreślić należy na co zwracał uwagę w swym ustnym wystąpieniu także prokurator, że ci (biegli) stwierdzali, że uraz czaszkowo-mózgowy jest patologią dynamicznie się rozwijającą, mogącą w krótkim czasie spowodować wzrost ciśnienia śródczaszkowego, wymagający pilnego zabiegu

operacyjnego. Dodali przy tym, że stan upojenia alkoholowego zmienia reakcję chorego, co sprawia, że niektóre objawy będące wynikiem urazu mózgu jak np. mowa bełkotliwa, zaburzenia ruchowe, zmienność emocjonalna, można traktować jako wynik upojenia a w rzeczywistości są to objawy rzeczywistego uszkodzenia mózgu. Odnosząc się do inkryminowanego przypadku podkreślali, że każdy chory z urazem czaszkowo-mózgowym powinien być albo obserwowany albo zdiagnozowany i gdy ta ostatnia jest utrudniona, czy też nawet niemożliwa z uwagi na postawę chorego, pozostaje jego obserwacja w warunkach (...)bo z upływem czasu może nastąpić zmiana jego stanu zdrowia a także i postawy wobec proponowanych badań, które zdaniem lekarza były konieczne. W ostateczności biegli stwierdzali, że nie został osiągnięty główny cel dla którego R. W. trafił do (...), a to właściwe jego zdiagnozowanie, które poprzez pozostawienie go na tymże oddziale, a dalej przeprowadzenie badania KT głowy (jak stwierdzali biegli nie ma dowodu na to, że oskarżony chciał przeprowadzić badania TK i zostawić chorego na obserwacji) było osiągalne. To zaniechanie stworzyło realne zagrożenie przeoczenia rozwijającego się nadciśnienia śródczaszkowego, a tym samym, nie przesądzając o ostatecznym wyniku leczenia, naraziło pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zresztą zwraca uwagę, że podobnie jak biegli inkryminowany przypadek ocenił Z. C. (w 2008 roku kierował (...)), który w konkluzji zeznał, że on by pozostawił pokrzywdzonego na obserwacji. Odnosząc się do zarzutu apelującego o ewentualnym innym późniejszym urazie, należy się odwołać do opinii biegłych, którzy stwierdzili, iż na podstawie dołączonej dokumentacji brak jakiejkolwiek informacji o kolejnych urazach, a tym samym biegli nie mogą jednoznacznie wykazać, że w międzyczasie doszło do innego urazu skutkującego obrażeniami śródczaszkowymi (k. 296v).

Sąd Okręgowy uchylając poprzednio wyrok Sądu I instancji podkreślił wagę rozważań w kwestii strony podmiotowej (k. 8 uzasadnienia wyroku w sprawie II Ka 137/11, k.412v akt), podnosząc że zaniechanie nie wiąże się tylko z zamiarem ewentualnym ale także lekkomyślności bądź niedbalstwa. Zarówno prokurator w akcie oskarżenia jak i Sąd Rejonowy w opisie czynu przypisanego stwierdzili, że oskarżony dopuścił się **błędu medycznego, godząc się** (podkreślenie SO) na skutek w postaci bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu R. W.. Konsekwencją tegoż godzenia winno być przedstawienie oskarżonemu nawet i przestępstwa usiłowania nieudolnego zabójstwa (takiego właśnie, gdyż w świetle opinii biegłych, nie można stwierdzić z całą pewnością albo z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, że udałoby się uratować chorego jak też nie można stwierdzić, że w opiniowanym przypadku pomiędzy postępowaniem oskarżonego a śmiercią pacjenta istnieje związek przyczynowo skutkowy – k.72), skoro miał się godzić, że naraża pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Tymczasem jak się podnosi w literaturze przedmiotu, odpowiedzialność za błąd w sztuce popełniony podczas wykonywania czynności leczniczych jest zawsze odpowiedzialnością za przestępstwo nieumyślne, wszak działanie lekarza zmierzające np. do uśmiercenia chorego nie jest nazwane błędem w sztuce lekarskiej lecz zabójstwem (zob. A. Liszewska: Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Kielce 1998, s. 141). Jak stwierdzał to Sąd Okręgowy w powołanym wyroku II Ka 137/11 oskarżony przecież podejmował wobec oskarżonego szereg czynności diagnostycznych, a zatem działał w dobrej wierze która wyklucza umyślność. W pewnym tylko zakresie jego zachowanie było wadliwe z punktu widzenia wiedzy medycznej choć mógł i powinien to przewidywać. Tym samym należało przyjąć, że działał nieumyślnie i odnosi się to również do skutku w postaci narażenia. Ten (skutek) w świetle przytoczonych okoliczności mających oparcie w opinii biegłych mógł przewidzieć. Chodzi tutaj o znaną lekarzom, jak twierdzili biegli złożoność diagnostyki chorego znajdującego się w stanie opilstwa, który jest po urazie głowy. Ta złożoność nakazywała niestandardowe podejście, nawet gdy podstawowe badania nie wskazywały na niepokojące w jakimkolwiek stopniu objawy neurologiczne. Tym samym zachowanie oskarżonego wyczerpywało znamiona przestępstwa z art. 160 § 3 kk w zw. z art. 160 § 2 kk.

Sąd Okręgowy uznał, że stopień społecznej szkodliwości czynu jakiego dopuścił się oskarżony nie jest znaczny. Mamy do czynienia z pijanym pacjentem, który w żaden sposób nie chciał współpracować z A. K. jako lekarzem. Podjął ten ostatni szereg czynności mających na celu zdiagnozowanie chorego i zaniechał pozostawienia tego w (...) jak też wykonania TK głowy. To ostatnie też wymagało bezruchu, gdy tymczasem doświadczenia w zakresie prób zrobienia zdjęcia RTG były wielce negatywne. W ostateczności doszło na skutek nieumyślności do narażenia R. W. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W oceni Sądu odwoławczego lekarz nie powinien ponosić daleko idących ujemnych konsekwencji za błąd w sztuce lekarskiej w przypadku, gdy

przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez zgody pacjenta nie jest dopuszczalne (nie zachodzi przypadek wskazany w art. 33-35 powołanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), a chory nie chce współpracować z lekarzem, aby osiągnąć cel w postaci właściwego zdiagnozowania a dalej zapobieżeniu pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, uniemożliwiając wręcz swym zachowaniem przeprowadzenie niektórych badań, jak to miało miejsce w niniejszej sprawie. Wobec tego, iż oskarżony nie był karany, mając na względzie że przypisany mu czyn jest zagrożony karą nieprzekraczającą 3 lat pozbawienia wolności, postępowanie karne przeciwko temuż warunkowo umorzył na okres próby wynoszący 1 rok. Jednocześnie Sąd uznał za celowe orzeczenie świadczenia pieniężnego w kwocie 2.000 złotych określając termin jego zapłaty, mając na względzie uzyskiwane przez oskarżonego dochody jak i wielkość świadczenia na 31 grudnia 2013 roku.

Warunkowe umorzenie postępowania dezaktualizuje zarzuty zawarte w punktach 1 i 2 apelacji prokuratora. Zresztą zarzut naruszenia art. 46 § 1 kk był podniesiony również w apelacji obrońcy. W kontekście przytoczonych wyżej okoliczności nie było jakichkolwiek podstaw do orzeczenia wobec oskarżonego środka karnego zakazu wykonywania zawodu lekarza, bo A. K. nie nadużył przecież zawodu, wszak starał się także zdiagnozować chorego, a nie udało się to głównie dlatego, że ten ostatni mimo także zaangażowania mu bliskich, nie chciał aby być zdiagnozowany.

Sąd zasądził od oskarżonego koszty sądowe w tym opłatę za obie instancje, co Sąd Rejonowy uwzględni przy określaniu kosztów postępowania, nie znajdując podstaw do zwolnienia z nich A. K..