

Sygnatura akt VI Ka 956/18

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia **21 grudnia 2018** r.

Sąd Okręgowy w Gliwicach, Wydział VI Karny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący SSO Grażyna Tokarczyk

Sędziowie SO Marcin Schoenborn

SO Małgorzata Peteja-Żak (spr.)

Protokolant Igor Ekert

po rozpoznaniu w dniu 7 grudnia 2018 r.

przy udziale Marka Rysia - Prokuratora Prokuratury Rejonowej w R.

sprawy

1. **A. Z. (1)** ur. (...) w Z.

syna K. i R.

oskarżonego z art.160§2 kk i art. 155 kk przy zast. art. 11§2 kk

2. **J. Z. (1)** ur. (...) w B.

syna A. i E.

oskarżonego z art. 160§2 kk i art. 155 kk przy zast. art. 11§2 kk

3. **P. L.** ur. (...) w P.

syna A. i C.

oskarżonego z art. 160§2kk i art. 155 kk w zw. z art. 11§2 kk

4. **K. K. (1)** ur. (...) w R.

syna E. i M.

oskarżonego z art. 160§2 kk i art. 155 kk w zw. z art. 11§2 kk

na skutek apelacji wniesionych przez oskarżyciela publicznego i obrońców oskarżonych

od wyroku Sądu Rejonowego w Rudzie Śląskiej

z dnia 6 czerwca 2018 r. sygnatura akt II K 9/18

na mocy art. 437 kpk, art. 438 kpk, art. 634 kpk w zw. z art. 627 kpk, art. 628 kpk, art. 633 kpk oraz art. 632 pkt 2 kpk

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- uniewinnia oskarżonego P. L. od popełnienia zarzucanego mu czynu, a kosztami procesu w sprawie w tej części obciąża Skarb Państwa,

- ustala, iż czyn przypisany A. Z. (1) w punkcie 2 polegał na tym, że w okresie od godzin wieczornych w dniu 21 sierpnia 2009 roku do godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009 roku w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, mając szczególnie obowiązek opieki nad pacjentką D. P. (1), nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w ten sposób, że pomimo rozpoznania u niej ropnia wątroby nie wdrożył leczenia związanego z odbarczeniem ropnia wątroby, wymaganego wskazaniem wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, czym nieumyślnie naraził pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku i czyn ten stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk,

- ustala, iż czyn przypisany J. Z. (1) w punkcie 3 polegał na tym, że w okresie od godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009 roku do godzin rannych w dniu 23 sierpnia 2009 roku w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, mając szczególnie obowiązek opieki nad pacjentką D. P. (1), nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w ten sposób, że pomimo rozpoznania u niej ropnia wątroby nie wdrożył leczenia związanego z odbarczeniem ropnia wątroby, wymaganego wskazaniem wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, czym nieumyślnie naraził pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku i czyn ten stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk,

- ustala, iż czyn przypisany K. K. (1) w punkcie 5 polegał na tym, że w okresie od godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009 roku do godzin rannych w dniu 23 sierpnia 2009 roku w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, mając szczególnie obowiązek opieki nad pacjentką D. P. (1), nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w ten sposób, że pomimo rozpoznania u niej ropnia wątroby nie wdrożył leczenia związanego z odbarczeniem ropnia wątroby, wymaganego wskazaniem wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, czym nieumyślnie naraził pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku i czyn ten stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk,

- obniża wysokość orzeczonych w punkcie 7 świadczeń pieniężnych:

- A. Z. (1) do kwoty 4000 (czterech tysięcy) złotych,

- J. Z. (1) do kwoty 6000 (sześciu tysięcy) złotych,

- K. K. (1) do kwoty 5000 (pięciu tysięcy) złotych;

2. w pozostałej części zaskarżony wyrok utrzymuje w mocy;

3. zasądza od Skarbu Państwa na rzecz P. L. kwotę 4368 (cztery tysiące trzysta sześćdziesiąt osiem) złotych tytułem zwrotu wydatków poniesionych na ustanowienie obrońcy w sprawie;

4. zasądza od oskarżonych A. Z. (1), J. Z. (1) i K. K. (1) na rzecz Skarbu Państwa kwoty po 5 (pięć) złotych tytułem przypadającej na każdego z nich części wydatków postępowania odwoławczego i wymierza im opłaty za II instancję w kwotach po 100 (sto) złotych.

Sygn. akt VI Ka 956/18

UZASADNIENIE WYROKU

z dnia 21 grudnia 2018r.

Sąd Rejonowy w Rudzie Śląskiej wyrokiem z dnia 6 czerwca 2018r., w sprawie o sygn. akt II K 9/18, w miejsce czynu opisanego w pkt II części wstępnej wyroku, a zakwalifikowanego z art. 160 § 2 kk i art. 155 kk w zw. z art. 11 § 2 kk, na mocy art. 66 § 1 kk i art. 67 § 1 kk warunkowo umorzył postępowanie karne na okres próby 2 lat przeciwko **A. Z. (1)** o

to, że w okresie od godzin wieczornych w dniu 21 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, działając wspólnie i w porozumieniu z P. L. jako lekarzem bez specjalizacji, będąc zobowiązanym do opieki lekarskiej nad D. P. (1), mając szczególny obowiązek opieki nad tą narażoną na niebezpieczeństwo pacjentką, nie zachował ostrożności wymaganej w tych okolicznościach, gdyż pomimo rozpoznania u D. P. (1) występowania ropnia wątroby, nie dopełnił należytej staranności w udzielaniu świadczeń medycznych ze względu na niewdrożenie leczenia operacyjnego związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, co naraziło pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, a poprzez związane z tym zaniechanie – opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia pacjentki, nieумыślnie spowodował śmierć D. P. (1), która nastąpiła w dniu 23 sierpnia 2009r., pomimo że spowodowanie tego skutku mógł przewidzieć, tj. o przestępstwo z art. 155 kk.

W zakresie czynu opisanego w pkt III części wstępnej wyroku, zakwalifikowanego z art. 160 § 2 kk i art. 155 kk w zw. z art. 11 § 2 kk, na mocy art. 66 § 1 kk i art. 67 § 1 kk warunkowo umorzył postępowanie karne na okres próby 2 lat przeciwko **J. Z. (1)** o to, że w okresie od godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 23 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, działając wspólnie i w porozumieniu z K. K. (1) jako lekarzem specjalistą chirurgii ogólnej, będąc zobowiązanym do opieki lekarskiej nad D. P. (1), mając szczególny obowiązek opieki nad tą narażoną na niebezpieczeństwo pacjentką, nie zachował ostrożności wymaganej w tych okolicznościach, gdyż pomimo rozpoznania u D. P. (1) występowania ropnia wątroby, nie dopełnił należytej staranności w udzielaniu świadczeń medycznych ze względu na niewdrożenie leczenia operacyjnego związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, co naraziło pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, a poprzez związane z tym zaniechanie – opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia pacjentki, nieумыślnie spowodował śmierć D. P. (1), która nastąpiła w dniu 23 sierpnia 2009r., pomimo że spowodowanie tego skutku mógł przewidzieć, tj. o przestępstwo z art. 155 kk.

W zakresie czynu opisanego w pkt IV części wstępnej wyroku, zakwalifikowanego z art. 160 § 2 kk i art. 155 kk w zw. z art. 11 § 2 kk, na mocy art. 66 § 1 kk i art. 67 § 1 kk warunkowo umorzył postępowanie karne na okres próby 2 lat przeciwko **P. L.** o to, że w okresie od godzin wieczornych w dniu 21 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz bez specjalizacji, działając wspólnie i w porozumieniu z A. Z. (1) jako lekarzem specjalistą chirurgii ogólnej, będąc zobowiązanym do opieki lekarskiej nad D. P. (1), mając szczególny obowiązek opieki nad tą narażoną na niebezpieczeństwo pacjentką, nie zachował ostrożności wymaganej w tych okolicznościach, gdyż pomimo rozpoznania u D. P. (1) występowania ropnia wątroby, nie dopełnił należytej staranności w udzielaniu świadczeń medycznych ze względu na niewdrożenie leczenia operacyjnego związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, co naraziło pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, a poprzez związane z tym zaniechanie – opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia pacjentki, nieумыślnie spowodował śmierć D. P. (1), która nastąpiła w dniu 23 sierpnia 2009r., pomimo że spowodowanie tego skutku mógł przewidzieć, tj. o przestępstwo z art. 155 kk.

W zakresie czynu opisanego w pkt V części wstępnej wyroku, zakwalifikowanego z art. 160 § 2 kk i art. 155 kk w zw. z art. 11 § 2 kk, na mocy art. 66 § 1 kk i art. 67 § 1 kk warunkowo umorzył postępowanie karne na okres próby 2 lat przeciwko **K. K. (1)** o to, że w okresie od godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 23 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, działając wspólnie i w porozumieniu z J. Z. (1) jako lekarzem specjalistą chirurgii ogólnej, będąc zobowiązanym do opieki lekarskiej nad D. P. (1), mając szczególny obowiązek opieki nad tą narażoną na niebezpieczeństwo pacjentką, nie zachował ostrożności wymaganej w tych okolicznościach, gdyż pomimo rozpoznania u D. P. (1) występowania ropnia wątroby, nie dopełnił należytej staranności w udzielaniu świadczeń medycznych ze względu na niewdrożenie leczenia operacyjnego związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, co naraziło pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, a poprzez związane z tym zaniechanie – opóźnienie wdrożenia właściwego leczenia pacjentki, nieумыślnie spowodował śmierć D. P. (1), która nastąpiła w dniu 23 sierpnia 2009r., pomimo że spowodowanie tego skutku mógł przewidzieć, tj. o przestępstwo z art. 155 kk.

Na mocy art. 67 § 3 kk w zw. z art. 43a § 1 kk zobowiązał do zapłaty na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej świadczeń pieniężnych:

- od oskarżonego A. Z. (1) w wysokości 8.000 złotych,
- od oskarżonego J. Z. (1) w wysokości 8.000 złotych,
- od oskarżonego K. K. (1) w wysokości 8.000 złotych,
- od oskarżonego P. L. w wysokości 5.000 złotych.

Sąd zarządził zwrot Szpitalowi Miejskiemu w R. zalegającej w aktach oryginałów dokumentacji medycznej oraz zasądził od wszystkich oskarżonych na rzecz Skarbu Państwa stosowne koszty sądowe.

Wyrok ten w całości na korzyść wszystkich oskarżonych zaskarżyli ich obrońcy.

Obrońca oskarżonego P. L. zarzuciła zaskarżonemu wyrokowi:

1. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia polegający na uznaniu, że P. L. jako lekarz bez specjalizacji ponosi odpowiedzialność za decyzje podejmowane w okresie od 21 sierpnia 2009r. do dnia 23 sierpnia 2009r. w R. w Szpitalu Miejskim na Oddziale(...), w stosunku do pacjentki tego oddziału — D. P. (1), podczas gdy kompleksowa analiza materiału dowodowego, w szczególności opinii biegłych z (...) we W., biegłych z (...) w S. a także zeznania świadka A. Z. (1) - nie pozwalają na przypisanie winy oskarżonemu za decyzyjność co do sposobu leczenia pacjentki;
2. naruszenie przepisów postępowania, mających wpływ na treść zaskarżonego wyroku, a to art. 424 § 1 pkt 1 kpk polegające na nieodniesieniu się w pisemnym uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia do istotnych kwestii odpowiedzialności oskarżonego P. L. jako lekarza bez specjalizacji, w zakresie decyzyjności co do sposobu i formy leczenia pacjentki D. P. (1), w szczególności w świetle wniosków wynikających z opinii biegłych (...) we W. oraz biegłych z (...) w S. co do odpowiedzialności lekarzy dyżurujących i ich decyzyjności;
3. naruszenie przepisów postępowania, a to art. 156 § 1 kpk w zw. z art. 6 kpk polegające na naruszeniu przez Sąd I instancji jednej z podstawowych zasad procesu karnego, a mianowicie prawa do obrony oskarżonego w ujęciu materialnym tj. uniemożliwienia oskarżonemu oraz jego nowo ustanowionemu obrońcy zapoznania się z aktami niniejszego postępowania od dnia 1 sierpnia 2018r., (data odbioru pisemnego uzasadnienia wyroku) do dnia 8 sierpnia 2018r., co skutkowało swoistym ograniczeniem prawa do obrony oskarżonego z uwagi na zawilość i obszerność materiału dowodowego zgromadzonego w niniejszej sprawie;
4. naruszenie przepisów postępowania a to art. 167 kpk w zw. z art. 366 § 1 kpk polegające na zaniechaniu dopuszczenia z urzędu przez Sąd orzekający dowodu z uzupełniającej opinii biegłych w zakresie odpowiedzialności lekarzy dyżurujących od dnia 21 sierpnia 2009r. do dnia 23 sierpnia 2009r. na Oddziale (...) Szpitala Miejskiego w R. oraz generalnie odpowiedzialności lekarzy z ukończoną specjalizacją dyżurujących wraz z lekarzami bez ukończonej specjalizacji, podczas gdy nawet biegli w sporządzonych w niniejszej sprawie opiniach, w szczególności biegły A. M. z (...) w S., podczas składania przed Sądem orzekającym ustnej opinii uzupełniającej w dniu 27 marca 2018r. (karta 2641) sygnalizowali taką potrzebę, co w konsekwencji doprowadziło do błędnych ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia i wydania wyroku w oparciu o niepełny materiał dowodowy oraz jednoczesnego przyjęcia, że ujawnione w toku postępowania dowody doprowadziły do wykazania winy oskarżonego P. L.;
5. naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na treść orzeczenia polegające na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów, wydanie wyroku wbrew zasadzie obiektywizmu oraz prawdy materialnej oraz działania organów procesowych z urzędu, tj. przepisów art. 2 § 2 kpk, art. 4, kpk, art. 7 kpk, art. 9 kpk.

W oparciu o tak skonstruowane zarzuty obrońca oskarżonego P. L., poza zgłoszonym wnioskiem dowodowym w apelacji, wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uniewinnienie oskarżonego od zarzucanego mu czynu.

Obrońca oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1) zarzucił zaskarżonemu wyrokowi:

1. obrazę prawa materialnego, a mianowicie art. 155 kk w zw. z art. 9 § 2 kk przez przyjęcie nieumyślnego spowodowania śmierci, mimo, że zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przypisanie oskarżonym żadnej postaci winy, ewentualnie art. 29 kk poprzez przyjęcie odpowiedzialności oskarżonych mimo, że z okoliczności sprawy wynika, że oskarżeni działali w usprawiedliwionym okolicznościami przekonaniu, że podjęte przez nich działanie nie jest bezprawne,

2. obrazę przepisów prawa procesowego, a to przepisu:

a. art. 7 kpk w zw. z art. 410 kpk poprzez błędną, sprzeczną z zasadami doświadczenia życiowego ocenę dowodu w postaci opinii biegłych z dnia 4 września 2013r. bez uwzględnienia faktycznie posiadanej przez oskarżonych wiedzy o stanie klinicznym D. P. (1) w dniach 21-23.08.2009r. (w szczególności wątpliwości związanych z charakterem powstałego ropnia) oraz błędnego przyjęcia, że etap organizacji ropnia nie ma znaczenia dla jego ewentualnego drenażu,

b. art. 410 kpk poprzez pominięcie dowodów w postaci przedstawionych przez oskarżonych artykułów z prasy fachowej i stanowiska Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie (...) co do metod leczenia ropnia wątroby, w kontekście ustalenia procesu motywacyjnego jakim kierowali się oskarżeni wybierając metodę leczenia i ustalenia, czy była ona uzasadniona w świetle stanu wiedzy medycznej,

3. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę skazującego wyroku i mający wpływ na jego treść, a polegający na przyjęciu, że oskarżeni naruszyli standardy leczenia ropni wątroby podczas gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy i wskazania wiedzy medycznej nie pozwalają na takie ustalenie,

ewentualnie

4. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę skazującego wyroku i mający wpływ na jego treść, a polegający na:

a. bezzasadnym przyjęciu, że zgon D. P. (1) nastąpił na skutek zakażenia otrzewnej mającego związek z procesem chorobowym – ropniem wątroby, podczas gdy możliwy był mechanizm, który doprowadził do wstrząsu septycznego nie mający związku z tym schorzeniem, a istniejące w tym zakresie wątpliwości należało rozstrzygnąć zgodnie z dyspozycją art. 5 § 2 kpk, którego naruszenie również zarzucono,

b. błędnym przyjęciu, że przyjęta przez oskarżonych metoda leczenia wynikała z niezachowania przez nich należytej staranności lub że niewłaściwe leczenie było wynikiem ich zawinionego działania, podczas gdy przyjęta przez nich metoda leczenia znajduje uzasadnienie w stanie wiedzy medycznej.

W oparciu o wyżej wymienione zarzuty obrońca oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1) wniósł o zmianę wyroku i uniewinnienie obu oskarżonych, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Obrońca oskarżonego A. Z. (1) zarzucił zaskarżonemu wyrokowi błąd w ustaleniach faktycznych i przez to obrazę art. 155 kk przez jego zastosowanie oraz obrazę przepisów postępowania poprzez naruszenie art. 410 kpk polegające na dokonaniu ustaleń na podstawie części okoliczności ujawnionych na rozprawie z pominięciem innych dowodów uznanych za wiarygodne.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uniewinnienie oskarżonego od popełnienia zarzucanego mu czynu.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja obrońcy oskarżonego P. L. zasługiwała w całości na uwzględnienie w ten sposób, że zaskarżony wyrok należało zmienić poprzez uniewinnienie tego oskarżonego od popełnienia zarzucanego mu czynu, czego konsekwencją było obciążenie kosztami procesu w sprawie w tej części Skarbu Państwa.

Dwie apelacje pozostałe zostały uwzględnione natomiast w takim zakresie, że ustalono, iż:

- czyn przypisany A. Z. (1) w punkcie 2 polegał na tym, że w okresie od godzin wieczornych w dniu 21 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, mając szczególny obowiązek opieki nad tą pacjentką D. P. (1), nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w ten sposób, że pomimo rozpoznania u niej ropnia wątroby nie wdrożył leczenia związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, wymaganego wskazaniami wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, czym nieumyślnie naraził pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku i czyn ten stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk,

- czyn przypisany J. Z. (1) w punkcie 3 polegał na tym, że w okresie od godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 23 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, mając szczególny obowiązek opieki nad tą pacjentką D. P. (1), nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w ten sposób, że pomimo rozpoznania u niej ropnia wątroby nie wdrożył leczenia związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, wymaganego wskazaniami wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, czym nieumyślnie naraził pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku i czyn ten stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk,

- czyn przypisany K. K. (1) w punkcie 5 polegał na tym, że w okresie od godzin rannych w dniu 22 sierpnia 2009r. do godzin rannych w dniu 23 sierpnia 2009r. w R., jako lekarz specjalista chirurgii ogólnej, mając szczególny obowiązek opieki nad tą pacjentką D. P. (1), nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach w ten sposób, że pomimo rozpoznania u niej ropnia wątroby nie wdrożył leczenia związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, wymaganego wskazaniami wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, czym nieumyślnie naraził pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku i czyn ten stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk,

nadto obniżono wysokość orzeczonych w pkt 7 świadczeń pieniężnych:

- A. Z. (1) do kwoty 4.000 złotych,

- J. Z. (1) do kwoty 6.000 złotych,

- K. K. (1) do kwoty 5.000 złotych.

W pozostałej części zaskarżony wyrok utrzymano w mocy, zasądzając od oskarżonych A. Z. (1), J. Z. (1) i K. K. (1) na rzecz Skarbu Państwa odpowiednie kwoty tytułem przypadającej na każdego z nich części wydatków postępowania odwoławczego i wymierzając im stosowne opłaty za II instancję.

Gdy idzie o apelację obrońcy oskarżonego P. L., Sąd odwoławczy w pełni podziela wywody i wnioski w niej zawarte, a prowadzące do stwierdzenia, że oskarżony ten – jako osoba jeszcze wówczas bez specjalizacji – nie mogła ponosić odpowiedzialności za podejmowane w czasie pełnionego przez siebie dyżuru z 21 na 22 sierpnia 2009r. czynności. Tym samym niewystarczające i nieprzekonujące były twierdzenia Sądu orzekającego, wywodzące ową odpowiedzialność z faktów rzetelnego wykonywania przez oskarżonego jako lekarza obowiązków związanych z udzielaniem pomocy medycznej pacjentce, braku odmiennego zdania odnośnie sposobu leczenia pokrzywdzonej czy też w końcu bądź co bądź posiadanego przez niego doświadczenia w związku z przeprowadzonym finalnie zabiegiem drenażu przezskórnego. Jest oczywistym, że oskarżony P. L. jako lekarz miał obowiązek udzielania pomocy medycznej

pacjentom zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, wbrew jednak ustaleniom i wywodom Sądu I instancji w trakcie pełnionego dyżuru był lekarzem bez specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej, a w trakcie jej odbywania, podlegając bezpośrednio lekarzowi dyżurującemu i decyzyjnemu w zespole – zastępcy ordynatora, posiadającemu II^o specjalizacji z chirurgii ogólnej A. Z. (1).

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Przystępując zatem do wykonywania swoich czynności zawodowych winien legitymować się odpowiednią wiedzą, umiejętnościami i doświadczeniem, które nabywa w trakcie specjalizacji.

Zgodnie z treścią obowiązującego w dacie czynu § 25 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2005r., nr 213, poz. 1779), co zresztą współgra z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 16m), lekarz odbywał szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem wybranego przez siebie lekarza, który – jako kierownik specjalizacji – sprawował nadzór nad realizacją planu odbywania specjalizacji, ustalał lekarzowi odbywającemu specjalizację zakres oraz termin realizacji szczegółowego jej programu, wyznaczał mu pacjentów do prowadzenia, konsultował i oceniał proponowane przez niego badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznania choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta (§ 26 ust. 3). Przede wszystkim jednak to kierownik specjalizacji sprawował bezpośredni nadzór nad wykonywaniem przez takiego lekarza zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, objętych programem specjalizacji, do czasu nabycia przez niego umiejętności samodzielnego ich wykonywania, biorąc bezpośredni udział w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania, a także ustalał harmonogram dyżurów, decydując w tym także o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego jego pełnienia. Cytowane uregulowania prawne korespondowały z ustalonym w szpitalu zakresem obowiązków młodszego asystenta, który miał m. in. wykonywać zabiegi zlecone przez ordynatora lub starszego asystenta, sprawować opiekę nad chorymi przydzielonymi mu przez ordynatora, będąc odpowiedzialnym za należyte jej wykonywanie i zobowiązany zawiadamiać przełożonych o wszelkich ważniejszych wydarzeniach na oddziale. Zgodnie z § 4 tego dokumentu nie mógł on także, poza wystąpieniem zmian wymagających zmiany ordynacji bez możliwości porozumienia się z ordynatorem, zastępcą lub starszym asystentem, zmieniać sposobu leczenia zalecanego przez ordynatora. Analiza powyższych przepisów w zestawieniu z wyjaśnieniami oskarżonego P. L., pozostałych oskarżonych pełniących dyżury w feralnym okresie oraz z zeznaniami K. S. (1) dowodzi, iż oskarżony w trakcie procesu leczenia D. P. (1) pełnił dyżury pod nadzorem uprawnionego lekarza specjalisty, posiadającego stosowne kwalifikacje. Nie wykroczył poza ustalenia z ordynatorem (wyjaśnienia K. K. k. 1844v), w żadnej mierze nie podejmował samodzielnego decyzji i działań wobec chorej i nie wychylał się poza ramy § 4 swojego zakresu obowiązków (wyjaśnienia A. Z. k. 754, 1858v, wyjaśnienia M. Ś. k. 761), wykonując czynności pod nadzorem lekarza specjalisty (zeznania K. S. k. 2010). Jako rezydent mógł wykonywać tylko polecenia lekarza dyżurującego (decydującego), pozostając pod jego opieką i nadzorem, wykonywać jego zlecenia i będąc do jego dyspozycji, na co zwracali uwagę i co podkreślali także rzeczowo biegli (...) w swej drugiej opinii pisemnej oraz w opinii ustnej (k. 2295, 2533v). W tej sytuacji także i wywody ustne biegłych (...) ośrodka wydają się nie być wcale sprzeczne z przedstawionymi powyżej, ci ostatni jedynie – zwracając uwagę jednak na problematykę pierwszego i drugiego dyżurnego oraz różnice w posiadanych specjalizacjach i stopniach naukowych – podkreślali wagę decyzyjną pierwszego dyżurnego, pełniącego rolę ordynatora oddziału podczas dyżuru (k. 2639v). Jest bezspornym też w niniejszej sprawie, że w stosunku do oskarżonego w czasie czynu nie została wydana decyzja przez kierownika specjalizacji, na mocy której mógł on samodzielnie pełnić dyżur. Jeśli zaś tak – do czasu złożenia przez P. L. państwowego egzaminu specjalizacyjnego (“PES”) - co zresztą nastąpiło w kwietniu 2010r. - nie mógł on, nie mając samodzielności i decyzyjności w procesach leczenia, jako młodsi asystent ponosić odpowiedzialności za czynności dokonane pod nadzorem innych, odpowiedzialnych osób. W tej sytuacji zdaniem Sądu odwoławczego nie było potrzeby sięgania po wiadomości specjalne z zakresu medycyny ponad te, które naprowadzają dotychczas uzyskane w

sprawie opinie, dla stwierdzenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia o odpowiedzialności karnej oskarżonego P. L. w realiach rozpatrywanej sprawy. Ma rację w zupełności bowiem jego obrońca gdy podnosi brak samodzielności i decyzyjności oskarżonego w trakcie obu pełnionych dyżurów, odpowiednio pod nadzorem osób posiadających odpowiednie kwalifikacje – lekarzy specjalistów A. Z. (1) i M. Ś. (2). Abstrahując także i od tego, że oskarżony ten nie kwestionował wdrożonego względem pacjentki sposobu leczenia, jest także i to prawdą, iż ewentualny jego sprzeciw odnośnie obranego modelu zachowania i planu podjętego leczenia nie przyniósłby żadnego innego efektu w związku z jego statusem rezydenta, a więc osoby uczącej się i niemającej doświadczenia i odpowiednich kwalifikacji.

Biorąc pod uwagę powyższe, nie widząc potrzeby odnoszenia się do pozostałych czynionych Sądowi I instancji zarzutów, a dotyczących ograniczenia oskarżonemu prawa do obrony, zaskarżony wyrok należało zmienić i uniewinnić oskarżonego P. L. od popełnienia zarzucanego mu czynu, a kosztami procesu w sprawie w tej części obciążyć Skarb Państwa.

Konsekwencją takiego rozstrzygnięcia było także zasądzenie od Skarbu Państwa na rzecz oskarżonego kwoty 4.368 złotych tytułem zwrotu wydatków poniesionych na ustanowienie obrońcy w sprawie wg norm prawem przepisanych (przy uwzględnieniu: 13 terminów rozpraw przy pierwszym rozpoznaniu sprawy – 420 złotych + 12 x 84 złote; 420 złotych za udział obrońcy przed Sądem II instancji; 16 terminów rozpraw przy drugim rozpoznaniu sprawy – 420 złotych + 15 x 84 złote; 840 złotych za ponowny udział obrońcy przed Sądem II instancji).

Zgoła inaczej natomiast przedstawia się sytuacja pozostałych lekarzy dyżurujących w dniach 21/22 i 22/23 sierpnia 2009r. Nie ma żadnych wątpliwości w świetle przedłożonego przez (...) Szpital Miejski dokumentu (k. 324), wyjaśnień oskarżonych oraz poczynionych prawidłowo, wbrew czynionemu zarzutowi przez obrońcę oskarżonego A. Z. (1), ustaleń faktycznych, że ten właśnie oskarżony swój dyżur, jako lekarz decyzyjny – nadzorujący, pełnił od dnia 21 sierpnia 2009r. od godziny 15.00 (kiedy to pracę zakończyli inni lekarze, także z II^o specjalizacji z chirurgii ogólnej - J. Z. (1) – i naczyniowej – K. S. (1)) do godziny 7.25 następnego dnia, zdając następnie dyżur i przekazując z niego raport dwóm lekarzom równorzędnym (bo posiadającym także II^o specjalizacji z chirurgii ogólnej) – oskarżonym J. Z. (1) i K. K. (1), którzy podjęli pracę od godziny 7.25 w dniu 22 sierpnia 2009r. do godziny 7.25 dnia następnego. Fakt, że kierownikiem tego ostatniego dyżuru, pełniącym nadzór, był starszy stażem lekarz - oskarżony J. Z. (1) (co było wg relacji wewnętrznie na oddziale i zwyczajowo przyjęte), nie miało znaczenia dla odpowiedzialności oskarżonego K. K. (1), był on bowiem lekarzem równorzędnym i w takim samym stopniu decyzyjnym, a przez to samodzielnym w podejmowaniu ewentualnych decyzji odnośnie sposobu leczenia pacjentów. To, że feralną noc podczas pełnienia dyżuru przespał on w dyżurce, zyskując wiedzę o stanie zdrowia D. P. (1), w tym zwłaszcza nocnym jej załamaniu, dopiero rankiem dnia następnego, w żaden sposób nie mogło wpłynąć na jego odpowiedzialność w tym zakresie, wręcz przeciwnie – obrazuje jedynie zwyczajowo przyjętą, a panującą metodykę podejmowania decyzji w sytuacjach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjentki, zresztą - jak wydaje się - nie do końca słuszną.

Wobec tego, iż apelacje obrońców oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1) oraz A. Z. (1), zwłaszcza w swoich uzasadnieniach zawierają tożsame zarzuty, wywody i wnioski, zostaną omówione poniżej łącznie, poczynając od uwag natury ogólnej.

Zarzut błędu w ustaleniach faktycznych, przyjętych za podstawę wyroku, jest tylko wówczas słuszny, gdy zasadność ocen i wniosków, wyprowadzonych przez Sąd orzekający z okoliczności ujawnionych w toku przewodu sądowego, nie odpowiada prawidłowości logicznego rozumowania. Zarzut ten nie może jednak sprowadzać się do samej polemiki z ustaleniami Sądu, wyrażonymi w uzasadnieniu wyroku, lecz do wykazania, jakich mianowicie konkretnych uchybień w zakresie logicznego rozumowania dopuścił się Sąd w ocenie zebranego materiału dowodowego. Możliwość zaś przeciwstawienia ustaleniom Sądu orzekającego odmiennego poglądu nie może prowadzić do dokonania przez Sąd błędu w ustaleniach faktycznych (wyrok SA w Katowicach z dnia 05.04.2007r., sygn. akt II AKa 30/07, Prok. i Pr. 2007/11/32).

Przekonanie Sądu o wiarygodności lub niewiarygodności określonych dowodów pozostaje pod ochroną zasady wyrażonej w art. 7 kpk wtedy tylko, kiedy spełnione są warunki ujawnienia całokształtu okoliczności sprawy (art. 410 kpk), w granicach respektujących zasadę prawdy obiektywnej (art. 2 § 2 kpk), rozważenia wszystkich okoliczności

zgodnie z zasadą określoną w art. 4 kpk oraz wyczerpującego i logicznego – z uwzględnieniem wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego – uzasadnienia przekonania Sądu (art. 424 § 1 pkt 1 kpk – postanowienie SN z dnia 14.12.2006r., sygn. akt III KK 415/06, OSNwSK 2006/1/2452).

Uwzględniając powyższe stwierdzić należy, że Sąd I instancji przeprowadził w sposób prawidłowy i niezwykle szczegółowy postępowanie dowodowe, dokonując trafnych ustaleń w oparciu o ocenę zgodną z zasadami wiedzy, logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, rzetelnie, w sposób jasny i wyczerpujący przedstawiając tę ocenę następnie w pisemnych motywach zaskarżonego orzeczenia. Sąd wskazał zatem, którym dowodom i w jakim zakresie dał wiarę, a któremu dowodowi, w jakim zakresie i z jakiego powodu odmówił wiarygodności, podając łatwe do zweryfikowania i przekonujące ku temu powody. Obaj obrońcy oskarżonych zarzucali Sądowi Rejonowemu błędność, bo obrażającą art. 7 kpk, ocenę zebranych dowodów, wywodząc, iż przy takim rozpoznaniu schorzenia, z jakim mieli do czynienia oskarżeni lekarze nie ma jednego przyjętego schematu leczenia, a tym samym – uwzględniając zasady wiedzy medycznej, metody leczenia mające w niej uzasadnienie, nade wszystko zaś posiadany przez lekarzy i tak chętnie podkreślany obraz kliniczny pacjentki, uzyskany w trakcie jej obserwacji, zebranych informacji podczas wywiadu lekarskiego (anamnezy), a także w wyniku badania fizykalnego – nie dawał podstaw do przypisania oskarżonym odpowiedzialności, eliminując ich winę również w postaci nieumyślnej. Na poparcie swych twierdzeń w toku procesu oskarżeni przywoływali przykłady swoich leczonych z sukcesem pacjentów z podobnym rozpoznaniem ropnia (ropni) wątroby, a także szereg naukowych artykułów, w języku polskim i nań przełożonych, na temat przyjętego i ogólnie akceptowanego sposobu leczenia jedynie antybiotykoterapią rozpoznanego ropnia wątroby.

O ile zgodzić się można z twierdzeniami skarżących (zwłaszcza zaś z obszernie wypowiadającym się obrońcą J. Z. (1) i K. K. (1)) co do tego, iż analiza prawidłowości podejmowanych przez oskarżonych działań, a tym samym dopuszczalności odstąpienia przez nich od natychmiastowego podjęcia interwencji chirurgicznej związanej z odbarzeniem ropnia wątroby, winna być dokonywana przez pryzmat stanu zdrowia, w jakim znajdowała się pacjentka D. P. (1) w chwili przyjęcia na oddział, a następnie w kolejnych dwóch dniach pobytu w szpitalu, o tyle już trudno uznać za uzasadnione w świetle całokształtu materiału dowodowego oceny oskarżonych (i ich obrońców) dotyczące stanu chorej – jako ciężkiego, ale ustabilizowanego, niekwalifikującego jej do zabiegu operacyjnego w dniach 21-22 sierpnia 2009r. W szczególności nie sposób podzielić poglądu, by dopiero po przejściu w godzinach rannych w dniu 23 sierpnia 2009r. przez M. Ś. (2) i P. L. od oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1) dyżuru miało dojść do gwałtownego załamania się stanu zdrowia pokrzywdzonej, skoro już wówczas, o godzinie 8.35 jej stan był oceniany jako bardzo ciężki, a zabieg operacyjny miał być przeprowadzony ze wskazań życiowych, przy niewydolności oddechowej i krążeniowej oraz niewydolności nerek. W polu widzenia trzeba było mieć także stan zdrowia i okres leczenia pacjentki bezpośrednio przed jej hospitalizacją.

Przypomnieć zatem wypada, że pacjentka D. P. (1), po przeprowadzonej w dniu 29 lipca 2009r. laparoskopowej cholecystektomii i zaopatrzeniu przetoki pęcherzykowo – dwunastniczej, w stanie ogólnym dobrym w dniu 3 sierpnia 2009r. została wypisana do domu (k. 5-14). Cztery dni później zgłosiła się na kontrolę do przyszpitalnej Poradni (...), gdzie została przyjęta bez uwag o dolegliwościach (k. 39). Dopiero w dniu 14 sierpnia 2009r., gdy stawiała się w przychodni u swojego lekarza – internisty D. P. (2), zgłaszała dwudniową podwyższoną temperaturę oraz zmianę w okolicy pępka (k. 35v). W związku z tym, iż brała wówczas zalecony przez chirurga antybiotyk, przyjmując ją lekarka nie przepisywała leków, kierując ją jednak ponownie do poradni chirurgicznej ze względu na stwierdzoną zmianę w okolicy pępka w postaci narośli wielkości dużego orzecha włoskiego. Dwa dni później pokrzywdzona została przyjęta w Izbie Przyjęć (...) szpitala przez oskarżonego A. Z. (1), który – stwierdzając miękkie, niebolesne brzuch, bez oporów patologicznych i objawów otrzewnowych, przy prawidłowej perystaltyce - dokonał toalety, ewakuacji treści ropnej w związku z naciekiem zapalnym z sączeniem treści ropnej w okolicy pępka, zakładając sączek, opatrunek, przepisując inny antybiotyk oraz lek o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym i przeciwgorączkowym. Zalecił kontrolę w poradni rejonowej i chirurgicznej, jego zdaniem wskazana także była kontrola USG (k. 41). Po uzyskaniu w dniu 18 sierpnia 2009r. od chirurga A. W. skierowania na badanie USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym samym dniu, w trybie pilnym, bez przygotowania, zlecone badanie pacjentce wykonała G. W., opisując jedynie „w obrębie warstwy korowej nerki lewej obszar o nieco niższej echogeniczności, wielkości około 26 mm – zgrubienie warstwy korowej, zmiana ogniskowa?” i proponując powtórzenie badania USG w razie dalszych

wątpliwości klinicznych (k. 40-40v). Po wykonanych z własnej inicjatywy badaniach laboratoryjnych (k. 36-37), w dniu 19 sierpnia 2009r. D. P. (1) ponownie stawiała się w przyszpitalnej poradni, gdzie została przyjęta przez oskarżonego P. L.. Ten, stwierdzając utrzymującą się nadal podwyższoną temperaturę (do 38°), zlecił inny antybiotyk, mając zaś w dostarczonym badaniu USG podejrzenie zmiany rozrostowej nerki lewej – skierował badaną na TK, które miało być wykonane 31 sierpnia 2009r. (k. 39v, 35). 20 sierpnia 2009r. pacjentka ponownie stawiała się u D. P. (2), okazując wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu (lekarzka stwierdziła wówczas wysoki opad – OB /100/, świadczący o powikłaniu pooperacyjnym i leukocytozę), zgłaszała także utrzymującą się temperaturę do 39°, stąd lekarzka zleciła jedynie w razie dalszej wysokiej temperatury – w związku z pozostawianiem pacjentki pod stałą kontrolą lekarza chirurga – lek przeciwgorączkowy w czopkach (k. 35 i zeznania D. P. (2) k. 89, 883). W związku z utrzymującą się podwyższoną temperaturą oraz dolegliwościami brzucha, pokrzywdzona w dniu następnym udała się na wizytę prywatną do poradni lekarskiej (...) s. c., gdzie chirurg M. E., po zapoznaniu się z jej historią choroby, wynikami badań laboratoryjnych i zbadaniu pacjentki z tkliwością brzucha, wykonał jej USG jamy brzusznej, stwierdzając obecność przestrzeni płynowej w jamie otrzewnowej, z podejrzeniem ropnia okołowątrobowego o \varnothing 10 cm. W związku z tym, iż jego zdaniem tego typu schorzenie, zważywszy nadto na stan kliniczny pacjentki, wyniki badań oraz brany już antybiotyk (...), nie powinien być leczony ambulatoryjnie, a pacjentka winna być hospitalizowana, wypisał jej skierowanie do szpitala, na oddział chirurgiczny (jako pilne!), z opisem - „w USG przywątrowo obszar niejednorodny o \varnothing 10 cm ropień ?” (k. 51v, 121, zeznania M. E. k. 69, 414, 911).

W takiej to sytuacji o godzinie 12.02 w dniu 21 sierpnia 2009r. D. P. (1) zostaje przyjęta na Oddział (...) Szpitala Miejskiego w R. z rozpoznaniem wstępnym lekarza kierującego: ropień wątroby, stan po zabiegu cholecystektomii z zaopatrzeniem przetoki żółciowej – chora przyjęta doraźnie z powodu pojawienia się dolegliwości bólowych okolicy nadbrzusza po stronie prawej (k. 62 – dokument bez podpisu lekarza wystawiającego). Choć przyznać trzeba, że dołączona do akt sprawy dokumentacja pokrzywdzonej z okresu jej leczenia na oddziale szpitalnym jest dość lakoniczna i skąpa w swoich opisach, to wynika z niej jednak, iż o godzinie 13.35 pacjentkę przyjęto, wykonano badania laboratoryjne i wdrożono leczenie zachowawcze. Jej stan ogólny z podanej wyżej godziny był oceniany na dość ciężki – bez temperatury, brzuch miękki, niewielka tkliwość okolicy nadbrzusza po stronie prawej, bez objawów otrzewnowych (wpis P. L. – k. 53). O godzinie 15.28 wykonano nowo przyjętej pacjentce badanie USG – przeglądowe jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej, stwierdzając zmianę w obrębie prawego płata wątroby (k. 53). Dokładniej – opis zawierał stwierdzenia: wątroba granicznej wielkości w obrębie seg. V obecność niejednorodnej echogenicznie przestrzeni – ropień wątroby – guz o wymiarach 7,4x8,4x8,7cm. (k. 56). Po zleceniu przez A. Z. (1) o godzinie 15.53 badań laboratoryjnych (k. 48), kiedy pacjentka brała już antybiotyk (...) i działający podobnie lek o nazwie (...), a także szereg innych leków m. in. o działaniu przeciwbólowym, przeciwzapalnym i przeciwzakrzepowym (k. 60), po rozmowie telefonicznej z lekarzem radiologiem, wykonano o godz. 19.50 TK jamy brzusznej, uwidaczniając zmianę w obrębie V segmentu wątroby. W opisie wstępnym, którym dysponowali lekarze w czasie pobytu pacjentki na oddziale, a który to opis w przeważającej większości wypadków miał nie różnić się od końcowego, jak sami przyznawali, widniało rozpoznanie: w prawym płacie wątroby duży obszar mieszanej gęstości płynowo - litowej, modelujący torebkę wątroby i ulegający słabszemu wzmocnieniu od prawidłowego mięszu. Główna masa zmiany zlokalizowana jest w segm. 5 i częściowo 6. Wymiary masy 12x10,5x8cm., w segm. 6 widoczne drobne obszary obniżonej gęstości – nie można wykluczyć podobnego charakteru zmian. Mając na uwadze wywiad i dane kliniczne obraz TK przemawia za dużym ropniem płata prawego wątroby w fazie organizacji. Podejrzenie drobnych ognisk ropnych w segm. 6. Nie można wykluczyć tworzącej się przetoki od ogniska ropnego w przednio – prawobocznej ścianie brzucha - „wałowate” poprzeczne zgrubienie w bocznej części mięśnia prostego. Od strony przyśrodkowej uwypuklające się ognisko ropne przylega do ściany jelita grubego nie dając się oddzielić – nie można wykluczyć jej nacieku. Wątroba znacznie powiększona (...) - k. 55v-56. Pomimo dysponowania przez lekarza dyżurującego A. Z. (1) takimi - zbieżnymi opisami wyników obu badań, potwierdzającymi dużą zmianę w postaci ropnia, ten nie zdecydował się na leczenie inwazyjne pacjentki, zlecając – w związku z dalszym uskarżaniem się przez nią na bóle brzucha – dwa kolejne leki, tj. (...) i (...) (k. 866 – zapisy pielęgniarki).

Z przebiegu leczenia i stanu pokrzywdzonej w kolejnym dniu brak zapisów lekarza dyżurującego aż do godziny 20.05, kiedy to jej stan został oceniony jako stabilny, była osłabiona, bez temperatury, brzuch bolesny w prawym

podżebrzu i prawym boku, przy leukocytozie w normie (k. 53). Z relacji oskarżonego J. Z. (1) wynikało nadto, iż zlecona została pacjentce terapia tlenowa i gimnastyka oddechowa, włączono także kolejny antybiotyk o nazwie (...) (k. 60), podłączono kroplówki. Ta ocena stanu zdrowia pacjentki miała się nijak do relacji przedstawionej przez męża D. P. (1), z której wynikało, że o ile w dniu poprzednim była osłabiona i zgłaszała bóle brzucha, o tyle w dniu następnym - 22 sierpnia 2009r. była już bardzo słaba, pociła się (2 razy jechał po koszulę), bardzo odczuwała pragnienie, miała kłopoty z oddychaniem – „oddychała jak karp”, stąd na jego prośbę podano jej tlen, było jej zimno, słabo, zaś popołudniu miała „jęczeć z bólu”, po czym zobojętnieć. Z zapisów pielęgniarских wynika także, że chora była osłabiona - bólowa, podawano jej płyny, założono cewnik (k. 869, 871). Godzina 2.40 w nocy z 22/23 sierpnia 2009r. przyniosła załamanie stanu zdrowia pokrzywdzonej, stąd zapis o „pogorszeniu się stanu chorej”, przy spadku RR – ciśnienia tętniczego do 0/0, później 60/0, stwierdzeniu spocenia zimnym potem, umiarkowanych bóli brzucha, z koniecznością włączenia (...) (by uzyskać RR 100/60) i wdrożeniu badania saturacji, wydaje się nie oddawać prawidłowo stanu, w jakim chora wówczas się znajdowała. Zapisy pielęgniarek z tej nocy także wskazują na występujące u pacjentki duszności, trudności w oddychaniu, zlanie potem, zasinienie powłok skórnych, RR nieoznaczalne (podanie dopaminy, tlenu, wysokie ułożenie, założenie cewnika), potwierdzając nadto dalsze trudności w oddychaniu (k. 873v). W tej sytuacji stwierdzenie oskarżonego J. Z. (1) o przekazaniu pacjentki rano lekarzom przejmującym niedzielny dyżur w stanie stabilnym wydaje się mocno przesadzone i nieoddające faktycznego, klinicznego jej stanu; wszak zwracają na to uwagę nie tylko biegli, ale i z zapisów P. L. z dnia 23 sierpnia 2009r., z godziny 8.35, oraz pielęgniarki obejmującej niedzielny dyżur wynika bezspornie, że stan chorej był oceniany wtedy jako bardzo ciężki (k. 53, 874v); po zleconych badaniach laboratoryjnych o godzinie 8.37 przez oskarżonego J. Z. (1), monitorowana chora była ze scentralizowanym krążeniem, założono wkłucie centralne w związku z trudnościami z pobraniem krwi przez pielęgniarki, osłuchowo szmer pęcherzykowy z licznymi rżeniami nad polami płucnymi (k. 53), a jej stan pogarszał się stopniowo (k. 874v). Z relacji męża, który przyszedł rano do szpitala, wynikało, że chora była bezwładna, niekontaktowna, stąd podjęto decyzję o operowaniu.

Kolejny zapis lekarza dyżurującego P. L. z godziny 9.37 obejmuje zlecenie pilnego kompletu badań i konsultacji anestezjologa; po konsultacji - wg wskazań - zamówiono badanie TK klatki piersiowej - planowany zabieg operacyjny miał się odbyć wyłącznie ze wskazań życiowych, pacjentka była bowiem w stanie ciężkim, z niewydolnością oddechową i krążeniową, niewydolnością nerek (k. 53, k. 61 – zapis anestezjologa D. R.). Dalsze losy pacjentki ustalone zostały bezspornie przez Sąd Rejonowy. Przypomnieć więc tylko należy, iż o godzinie 10.35 w (...) nastąpiło (...) u pacjentki, a następnie – po przywróceniu jej funkcji życiowych – P. L., pod nadzorem M. Ś. (2), przeprowadził skutecznie o godzinie 11.39 drenaż przezskórny zmiany wątroby, uzyskując 300 ml treści ropnej. O godzinie 13.35 pokrzywdzona została przewieziona na oddział (...) szpitala w Z., z rozpoznaniem ropnia wątroby, we wstrząsie septycznym i z ostrą niewydolnością krążeniową – oddechową, w drodze, a następnie po wjeździe na salę oddziału, będąc dwukrotnie skutecznie reanimowaną. W nocy z 23/24 sierpnia 2009r., o godzinie 2.10 nastąpił zgon pacjentki., którego bezpośrednią przyczyną były: niewydolność krążeniowa – oddechowa w przebiegu wstrząsu septycznego. Przyczyną wstrząsu było zapalenie otrzewnej, do którego doszło z powodu przebicia się ropnia na powierzchni trzewnej wątroby i wylania się do niej ropy; ropne zapalenie otrzewnej, wysięk ropny w otrzewnej, obustronne zapalenie płuc.

Jest oczywistym, że oceniając postępowanie oskarżonych względem pacjentki D. P. (1) konieczne jest uwzględnianie rzeczywistej sytuacji klinicznej w jakiej znajdowała się ona od chwili przyjęcia do (...) szpitala na oddział (...) i udzielania jej pomocy lekarskiej (przeprowadzaniego badania fizykalnego), ale w świetle przeprowadzonego u niej z końcem lipca 2009r. zabiegu laparoskopowego, związanych z nim powikłań, zgłaszanych następnie przez okres ponad tygodnia dolegliwości i objawów (temperatura od 12 sierpnia 2009r., bóle brzucha, osłabienie) oraz wdrożonej już antybiotykoterapii o szerokim spectrum działania kilka dni przed hospitalizacją. Mając w polu widzenia wszystkie podnoszone wyżej okoliczności trzeba stwierdzić, iż stan D. P. (1) systematycznie się pogarszał, czując się osłabioną i odczuwając ból brzucha poszukiwała ona fachowej pomocy począwszy od 14 sierpnia 2009r., kiedy to po raz pierwszy stawiała się u swojego lekarza w przychodni rejonowej, następnie prywatnie - wykonując badanie USG jamy brzusznej, by dzięki temu pilnie trafić na oddział szpitalny celem udzielenia niezbędnej pomocy. Nie sposób zgodzić się zatem z zapisami historii choroby, z których wynika, iż pacjentka w trakcie hospitalizacji pozostawała w stanie zadowolającym, bez temperatury i bez leukocytozy, a pogorszenie jej stanu zdrowia nastąpić miało dopiero w dniu 23 sierpnia 2009r.

w godzinach rannych, gdy pojawić się miały dolegliwości bólowe brzucha, hypotonia (k. 46). Wszak proces jej leczenia był zdecydowanie dłuższy, była ona poddana już od kilku dni nieskutecznie antybiotykoterapii, stąd podnoszenie takich okoliczności przez oskarżonych jak brak gorączkowania, objawów otrzewnowych czy podwyższonej leukocytozy nie mogło dawać podstaw do stwierdzenia – w obliczu jej ówczesnego stanu fizykalnego oraz wyników uzyskanych badań obrazowych – jej stabilnego stanu. Wbrew wywodom skarżących jej stan ogólny był od początku oceniany jako dość ciężki, by stać się następnie, z chwilą przejścia dyżuru przez lekarzy P. L. i M. Ś. (2), stanem bardzo ciężkim. Obrońca oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1), odnosząc się obszernie do stanu w jakim znajdowała się pacjentka w dniach 21-23 sierpnia 2009r., zdaje się nadto zupełnie bagatelizować przebieg ostatniej nocy z 22/23 sierpnia, kiedy to pod nadzorem obu tych oskarżonych nastąpiło nagłe załamanie się stanu pokrzywdzonej, ze spadkiem ciśnienia tętniczego do 0. W żadnej mierze w szczególności nie można podzielić twierdzenia, iż ustabilizowany stan chorej gwałtownie załamał się dopiero po przejściu dyżuru od oskarżonych przez M. Ś. (2) i P. L.. Nie sposób także zgodzić się z zarzutem czynionym pod adresem biegłych, iżby ci - dokonując oceny działania oskarżonych jako nieprawidłowego i zdecydowanie spóźnionego – czynili tak ex post, czyli już po zgonie pacjentki, gdy powzięli wiedzę o tym, że wdrożone leczenie farmakologiczne nie odniosło pożądanego efektu. O ile jest oczywistym, że wnioski takie formułował D. S. po rozpoznaniu sekcyjnym, o tyle biegli z obu powołanych zespołów w sposób stanowczy i kategoryczny zbieżnie twierdzili w oparciu o ustalony stan kliniczny pacjentki oraz uzyskane wyniki przeprowadzonych badań USG i TK jamy brzusznej, mając w polu widzenia jednak przebieg jej dotychczasowego leczenia, iż ujawniona zmiana w tych badaniach (zwłaszcza zaś w dokładniejszym badaniu TK) wymagała zastosowania leczenia inwazyjnego i antybiotykoterapii, a sama antybiotykoterapia nie była wystarczająca. W tym zakresie wszystkie opinie ośrodków (...) i (...) (pisemne, uzupełniające i ustne) są zgodne, w całości ze sobą korespondując. Zdaniem wszystkich biegłych uzyskany opis TK, zwłaszcza zaś ujawniona tam wielkość ropnia wątroby, nie usprawiedliwiał podjęcia i kontynuowania antybiotykoterapii jako jedyne sposobu leczenia i odroczenia w czasie interwencji zabiegowej, czy to w postaci drenażu przezskórnego, czy to - nawet bardziej uzasadnionego - zabiegu operacyjnego. Mimo dość ciężkiego stanu ogólnego, opisanego obszernie powyżej, informacji o wcześniejszym zabiegu na jamie brzusznej z komplikacjami, podwyższonej temperatury, bezskutecznej antybiotykoterapii przed przyjęciem do szpitala, oskarżony A. Z. (1), jako lekarz nadzorujący dyżur z 21/22 sierpnia 2009r., pomimo wskazań już w dniu przyjęcia, nie zakwalifikował pacjentki do zabiegu (brak takiego zapisu) i nie wdrożył w piątek wieczorem leczenia zabiegowego. Pomimo, że stan pacjentki pogarszał się w ciągu następnego dnia, a opisywany przez J. Z. (1) stan stabilny nie oznaczał wcale dobrego, o czym była już mowa powyżej, lekarze pełniący dyżur z soboty na niedzielę nie skontrolowali badaniami obrazowymi dynamiki powiększania się ropnia wątroby (nie wykonano w dniu 22 sierpnia 2009r. badania USG, TK), stosując nadal antybiotykoterapię oraz podając płyny. W nocy z 22/23 sierpnia 2009r. doszło do załamania stanu zdrowia pacjentki (duszności, trudności w oddychaniu, nieoznaczalne RR), a następnie w godzinach rannych dnia następnego do nagłego zatrzymania krążenia, co zdaniem biegłych było konsekwencją dynamicznego rozwoju stanu chorobowego. Stan pacjentki tymczasem wymagał podjęcia przez oskarżonych leczenia inwazyjnego, odbarczającego ropień wątroby, co zwiększałoby szansę nawet w dniu 22 sierpnia 2009r. na pomyślny efekt leczenia.

W tej sytuacji twierdzenia wszystkich oskarżonych odnoszące się do stabilnego stanu pacjentki, z przywołaniem braku takich objawów jak podwyższona temperatura i leukocytoza (po leczeniu antybiotykami) i objawy otrzewnowe, nie przekonują, nie znajdując w żadnej mierze potwierdzenia w treści opinii biegłych (...) w S. i (...) we W., a także w zeznaniach M. E., D. S. oraz wynikach przeprowadzonej przez niego sekcji zwłok, miały się także nijak do relacji męża pokrzywdzonej J. P., opisującego pogarszający się jej stan, który go niepokoił, a nawet skłaniał do interwencji w pokoju pielęgniarek. Podkreślić też trzeba w tym miejscu, że relacje samych oskarżonych, zwłaszcza zaś początkowe wyjaśnienia A. Z. (1) i K. K. (1), nie były do końca ze sobą zbieżne gdy idzie o zasadność przyjętej metodyki działania. Wszak obaj przyznawali, że leczenie operacyjne pacjentki było rozważane; mając na uwadze badanie fizykalne, dotychczasowy przebieg choroby, wyniki badań laboratoryjnych, z drugiej zaś strony brak ostatecznego wyniku badania TK, zbliżającą się nocną porę i brak pełnego zespołu chirurgów - pierwszy z dyżurujących nie podjął decyzji o natychmiastowym leczeniu operacyjnym (choć taka możliwość istniała po wezwaniu zespołu, a decyzja w tej mierze – jak stwierdził - byłaby obciążona mniejszym ryzykiem), K. K. (1) natomiast przyznawał, że planowo chora miała być operowana w poniedziałek, a on sam – w obliczu tak podjętej decyzji – miał ją jedynie „doglądać” (czego zresztą w porze nocnej nota bene w ogóle nie czynił). Te twierdzenia obu oskarżonych zdają się przeczyć zatem późniejszym

teżom o wystarczającej do stosowania antybiotykoterapii względem pacjentki jako uzasadnionego w jej stanie zdrowia sposobu leczenia ropnia wątroby.

Obie opinie biegłych w zakresie dotyczącym podjętych działań przez oskarżonych także w ocenie Sądu odwoławczego spełniają warunki, o którym mowa w art. 201 kpk. Sąd orzekający przekonująco wskazał, że opinie te w zakresie dotyczącym postępowania oskarżonych zostały wykonane szczegółowo, a zaprezentowane w nich ustalenia poparte zostały wszechstronną analizą, co pozwala uznać te opinie za pełne i kompletne. Logiczność i trafność wywodów biegłych zawartych w obu opiniach, jak również ich zgodność z zasadami poprawnego wnioskowania wskazuje, iż autorzy opinii dysponują rzetelną wiedzą specjalistyczną w swych dziedzinach. Powyższe ekspertyzy nie nasuwają żadnych zastrzeżeń, prawidłowo zatem Sąd Rejonowy przyjął twierdzenia biegłych obu ośrodków za w pełni wiarygodne i umożliwiające weryfikację innych dowodów w sprawie, w tym zwłaszcza tych, na które powoływali się oskarżeni. Nie można przy dokonywaniu oceny działań oskarżonych w szczególności opierać się tylko na dołączonej do akt dokumentacji innych pacjentów szpitala z rozpoznaniem ropnia (ropni) wątroby, a tym samym zgodzić się z obrońcą A. Z. (1) co do analogiczności przypadków schorzeń pacjentów dla dowiedzenia skuteczności stosowanego względem nich dotychczas sposobu leczenia, każdy bowiem taki przypadek winien być poddany odrębnej i drobiazgowej ocenie, z uwzględnieniem szeregu okoliczności towarzyszących objawom chorobowym, w tym zwłaszcza uzyskanych wyników badań obrazowych, które w sprawie niniejszej świadczyć miały niezbicie o ujawnionej dużej zmianie w prawym płacie wątroby. Uzyskane opinie odpowiadają także wyczerpująco na wszystkie sformułowane przez Sąd czy strony pytania, w sposób zbieżny i stanowczy formułując wnioski. Analiza opinii uzupełniających (zwłaszcza tych składanych ustnie przed Sądem meriti) dowodzi, że biegli ci zapoznali się z całością zebranej dokumentacji, dokonując rzetelnej, szczegółowej i obszernej analizy podjętych działań przez wszystkich oskarżonych w kontekście danej - zastanej sytuacji klinicznej pacjentki, tj. zgłaszanych przez nią dolegliwości i objawów chorobowych, mając nadto w polu widzenia to, co miało miejsce w procesie jej leczenia począwszy od zabiegu dnia 29 lipca 2009r. Nadto w następstwie przesłuchania biegłych lekarzy przez Sąd I instancji (przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie tych czynności na odległość z jednoczesnym bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku) strony uczestniczące w nich miały możliwość zadawania bezpośrednio pytań biegłym i aktywnego uczestniczenia w tej czynności procesowej, co zresztą czyniły.

Odnosząc się zatem do dalszych wywodów obrońcy oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1) trzeba stwierdzić, że biegli ci także w sposób rzeczowy i jasny wypowiedzieli się na temat konieczności podjęcia leczenia operacyjnego, zważywszy na uzyskany wynik badania TK oraz podnoszoną przez oskarżonych problematykę charakteru powstałego ropnia i jego etapu organizacji jako mającą znaczenie dla podjęcia drenażu. W swej drugiej opinii pisemnej (uzupełniającej) oraz w ustnej biegli ze (...) ośrodka A. M. i M. P., zwracając uwagę na wynik uzyskanego badania TK, w tym przede wszystkim wielkość ujawnionej zmiany, stwierdzili, że operacyjne lub przezskórne drenowanie ropnia w każdej fazie jego rozwoju grozi podobnym ryzykiem wystąpienia powikłań, sformułowanie „organizowanie się” ropnia dotyczy głównie torebki otaczającej ropień, jednak nie spotkali się oni dotychczas z takim fachowym twierdzeniem, iż należy tak długo wyczekać z leczeniem zabiegowym ropnia o średnicy około 10 cm (tak ocenionym przez M. E., w badaniu TK i w protokole sekcji zwłok opisanym w sposób zbliżony, w tym ostatnim przypadku już po wcześniejszym samoistnym opróżnieniu do jamy otrzewnowej i po drenażu przezskórnym - odpowiednio – 12x10,5x8cm., 10x8x10cm.), aż pojawi się wokół niego torebka (a więc do czasu, gdy ropień o tej średnicy przyjmie postać ropnia „zorganizowanego z wykształconą torebką”). Tak duży ropień uzyskany w badaniu, niezależnie od tego czy posiada dobrze wykształconą torebkę, czy też nie, czy jest dojrzały, czy nie, winien być leczony drenażem przezskórnym lub tradycyjnie chirurgicznie, zwłaszcza gdy opis sugeruje tworzenie się „przetoki do ogniska ropnego”. Także gdy idzie o samą postać uzyskanej w badaniu zmiany, wbrew wywodom obrońcy o podejrzeniu ropnia mnogiego, biegli ci zwrócili uwagę na brak w opisie badania TK wzmianki o podejrzeniu mnogich ropni wątroby, co zresztą w pełni koresponduje z opisem sekcji zwłok i relacją D. S., który zeznawał o jednym, stale powiększającym się ropniu. Podobnie biegli z (...) (...)B. Ś., P. S. i J. T. odnieśli się do tematyki podjęcia inwazyjnego leczenia ropnia wątroby gdy idzie o ryzyko wystąpienia powikłań, jest ono bowiem niezależne od stopnia organizacji ropnia. Podkreślili także zbieżnie ze (...) biegłymi, odpowiadając na pytanie o podejrzenie mnogich ropni wątroby, iż badanie TK z 21 sierpnia 2009r. ujawniło istnienie dużego ropnia wątroby, zlokalizowanego w segmencie 5 i częściowo 6, stąd zmiana

o takim charakterze i takiej lokalizacji wymagała zastosowania leczenia inwazyjnego, obok antybiotykoterapii, zaś stosowanie jedynie antybiotyków było działaniem niewystarczającym i przez to nieprawidłowym. Treść ropną należało ewakuować tuż po przyjęciu do szpitala i uzyskaniu wyników badań obrazowych (zwłaszcza TK), wtedy bowiem nie było już wątpliwości co do charakteru i wielkości zmiany. Ograniczenie się jedynie do antybiotykoterapii i przyjęcie postawy wyczekującej w przypadku tak dużego ropnia i stanu pacjentki określanego jako ciężki było niewystarczające i nieprawidłowe.

Zważywszy zatem na przebieg procesu chorobowego u D. P. (1) w świetle zgłaszanych dolegliwości i objawów, a także rzeczywistej sytuacji klinicznej w jakiej ona się znajdowała w momencie przyjęcia do szpitala i dalszego tam pobytu, słusznie w ocenie Sądu Rejonowego zastosowana przez oskarżonych metoda leczenia ropnia wątroby poprzez stosowanie jedynie antybiotykoterapii została uznana za niewystarczającą i nieprawidłową, wbrew twierdzeniom samych oskarżonych, a także przywołanych przez obrońców relacjom U. D. i Z. L.. Gdy idzie o tę pierwszą – konsultanta wojewódzkiego ds. radiologii i diagnostyki obrazowej – w swojej opinii pisemnej skupiła się ona na prawidłowości wykonanego badania USG w dniu 18 sierpnia 2009r. przez G. W., w kontekście wyników wykonanych 3 dni później badań USG i TK jamy brzusznej, zwracając uwagę na III fazę ropnia oraz możliwość jego stwierdzenia w badaniu USG, biorąc pod uwagę czułość i specyficzność tego urządzenia, a także przygotowanie pacjenta do samego badania. W opinii ustnej, poza obszernym odniesieniem się do powyższej kwestii, stwierdziła jedynie, iż opisy uzyskanych w dniu 21 sierpnia 2009r. badań obrazowych mogą wskazywać na początkową fazę tworzenia się ropnia, pomimo jego dużych już rozmiarów. W swoich opiniach nie wypowiadała się natomiast odnośnie działań oskarżonych ani na temat zasadności i prawidłowości podejmowania leczenia inwazyjnego w zależności od etapu organizacji ropnia. Z kolei Z. L. – konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej (podobnie zresztą jak w swoim piśmie J. S., pełniący taką funkcję w 2011r. - k. 747-749, na którego powołuje się obrońca A. Z. (1)) – zdają się zbyt małą wagę przydawać okolicznościom mającym miejsce przed i w czasie przyjęcia pacjentki do szpitala, a to związanym z przeprowadzeniem z końcem lipca 2009r. zabiegu z powikłaniami, wystąpieniem w okresie późniejszym gorączki do 38°, a później 39°, dolegliwościami bólowymi jamy brzusznej, ogólnym osłabieniem, niepokojącymi badaniami laboratoryjnymi (wysoki opad, leukocytoza), brakiem efektu po opróżnieniu ropnia powłok, w końcu bezskuteczną antybiotykoterapią stosowaną ambulatoryjnie. Wszystkie te okoliczności, znane wszak lekarzom w momencie przyjmowania pacjentki do szpitala, w powiązaniu ze skierowaniem (pilne!) i z rozpoznaniem „w USG przywątrobowo obszaru niejednorodnego o \varnothing 10 cm ropień ?” oraz z uzyskanymi tego dnia popołudniu i wieczorem wynikami badań USG i TK, potwierdzającymi dużych rozmiarów ropień wątroby, dalej w połączeniu ze stanem ogólnym chorej, określanym jako dość ciężki – stanowiły wskazanie do wdrożenia leczenia zabiegowego. Ograniczenie się zatem tylko do obserwacji pacjentki i do stosowania w dalszym ciągu antybiotykoterapii było postępowaniem niewystarczającym, a przez to nieprawidłowym. Trudno zgodzić się zatem z opisem stanu pokrzywdzonej prezentowanym przez Z. L., który - nieco w ślad za oskarżonymi - stwierdza, że był on stabilny, w oderwaniu od ustaleń Sądu meriti czynionych w oparciu o dołączoną dokumentację medyczną i pielęgnarską, opinie biegłych i zeznania małżonka chorej. Nadto, wbrew wywodom wszystkich biegłych oraz M. E., świadek ten poddaje w wątpliwość charakter ujawnionej w badaniu TK zmiany, uznając dopiero moment nagłego zatrzymania krążenia jako stan pogorszenia się stanu pacjentki, właściwy dla zmiany postępowania na radykalny – chirurgiczny.

W tej sytuacji należy stwierdzić za biegłymi, iż postępowanie oskarżonych trzech lekarzy nie było prawidłowe i nie spełniało standardów wymaganych w leczeniu takiego przypadku, a działania oskarżonych, nie zachowujących ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, a właściwie ich zaniechanie poprzez niewdrożenie, pomimo rozpoznania u pacjentki dużego ropnia wątroby, leczenia związanego z odbarczeniem ropy, wymaganego wskazaniami wiedzy medycznej dla zdiagnozowanego obrazu tego schorzenia, nieumyślnie naraziło pacjentkę D. P. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku, co stanowi występek z art. 160 § 2 i 3 kk. W doktrynie podkreśla się, że na zobowiązanych do opieki nad pacjentką lekarzach – gwarantach – spoczywa powinność racjonalnego wykorzystania wszystkich, dostępnych w określonej sytuacji, środków i metod (Kodeks karny. Komentarz pod red. R. Stefańskiego, 2017, do art. 160 kk, teza 39 - 40). Ocena tego zachowania musi nastąpić przez porównanie z wzorcem racjonalnie działającego gwaranta. Złożą się na nią także szczególne informacje, wiedza i doświadczenie, którymi zobowiązani do działania w danej chwili dysponowali. Z samego

nastąpienia skutku nie można wyprowadzać wniosku, że gwaranci działali nieracjonalnie. Ocena w tym zakresie musi być bowiem zrelatywizowana do stanu z chwili konkretyzacji niebezpieczeństwa, nie zaś ex post (tak A. Zoll: Kodeks karny. Komentarz t. I, 2007, s. 70). Skutek będący znamieniem przestępstwa popełnionego z zaniechania może być przypisany sprawcom tylko wówczas, gdy był on przewidywalny, a niebezpieczeństwo dla dobra prawnego rozpoznawalne. 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 powinny być wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania. Nie chodzi zatem w tej sprawie tylko o to czy oskarżeni mogli uratować życie D. P. (1), lecz o to czy podjęli oni wszystkie działania adekwatne do istniejącego niebezpieczeństwa dla jej życia. Okoliczność czy ostatecznie zaniechane przez nich działanie, a więc nieprzeprowadzenie zabiegu odbarczającego ropień wątroby, było w stanie odwrócić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjentki, nie ma znaczenia dla bytu odpowiedzialności za ostatecznie przypisane im przestępstwo. Dla realizacji znamienia występku z art. 160 § 1 kk wystarczające jest bowiem wystąpienie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo dobra prawnego, a nie jego naruszenie. Jak bowiem przyjmuje się w orzecznictwie, skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 kk jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza – gwaranta. Analiza dogłębna pisemnych, obszernych motywów zaskarżonego orzeczenia, zwłaszcza w części poświęconej zważaniom prawnym, dowodzi w wielu miejscach, iż Sąd I instancji chciał, choć dość nieudolnie, przypisać oskarżonym działanie realizujące znamiona występku z art. 160 § 2 i 3 kk, wbrew ostatecznie przyjętej kwalifikacji prawnej tego czynu i podnoszonemu przez skarżących sformułowaniu na k. 27 o nieumyślności w formie „nieuświadomionej nieumyślności” (k. 39, 46 - 49). Niewłaściwe ocenienie stanu zdrowia D. P. (1), przyjęcie strategii wyczekująco – biernej w czasie weekendu i przez to niewdrożenie koniecznego leczenia związanego z odbarzeniem ropnia wątroby, czy to poprzez przezskórny drenaż ropnia, czy wykonanie zabiegu operacyjnego, spowodowały dla pacjentki bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia. Sytuacja nowo przyjętej chorej do szpitala wymuszała konieczność pilnego poszerzenia diagnostyki, zaś po uzyskaniu tego samego dnia wyników badań obrazowych USG oraz w godzinach wieczornych TK - podjęcia zabiegu odbarczającego ropień, tym bardziej, że stan chorobowy trwał u niej już co najmniej przez kilka dni, z informacji zaś uzyskanych od niej wynikało, iż objawów choroby było kilka, jej przebieg był zmienny, przy już włączonej antybiotykoterapii. Zaniechanie przeprowadzenia przez oskarżonych w/w działania zdynamizowało przebieg i rozwój procesu chorobowego w ten sposób, że zaczął on bezpośrednio zagrażać życiu pacjentki. O ile jest prawdą podnoszona przez obrońców sama waga rozpoznanego schorzenia oraz związane z jego leczeniem ryzyko groźnych powikłań, w tym też tych, które mogłyby stanowić zagrożenie dla życia, o tyle zdaniem biegłych podjęcie wcześniejszego leczenia inwazyjnego ropnia w dniach 21 i 22 sierpnia 2009r. zwiększało szansę na uzyskanie lepszego efektu terapeutycznego. Nieprawidłowe postępowanie terapeutyczne spowodowało, że zagrożenie dla życia i zdrowia chorej nie zmniejszyło się, a wręcz gwałtownie narastało. Zdaniem biegłych obu ośrodków leczenie operacyjne należało wdrożyć już w dniu 21 sierpnia 2009r., co w znacznym stopniu zmniejszyłoby stan narażenia pacjentki na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu; oczywiście w jakim stopniu - tego nie można dokładnie określić. Oskarżeni nie zachowali ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, swoim zachowaniem wpłynęli na stan zagrożenia dla życia pacjentki, stąd można im przypisać niewłaściwe z punktu widzenia medycznego postępowanie w zakresie diagnostyki i leczenia, które miało wpływ na stan zagrożenia życia pacjentki i rozwój ropnia wątroby, wobec stanu jej zdrowia i toczących się w jej organizmie procesów chorobowych co najmniej od kilku dni. Niepodjęte przez oskarżonych leczenie zabiegowe, mimo ciężkiego stanu chorej i wyniku TK, nieskontrolowanie badaniami obrazowymi dynamiki powiększania się ropnia wątroby (brak badania USG, TK w dniu 22 sierpnia), miały wpływ na poziom zagrożenia dla życia pokrzywdzonej, dalsze działania polegające na wdrożeniu leczenia inwazyjnego ropnia wątroby mogły bowiem zmniejszyć istniejące niebezpieczeństwo i zaistnienie skutku w postaci naruszenia życia. W omawianej sytuacji, w świetle przeprowadzonych dowodów przez Sąd Rejonowy, w zestawieniu z treścią opinii i uzupełniających opinii biegłych lekarzy, trzeba zatem stwierdzić, że zaniechanie przeprowadzenia przez oskarżonych leczenia zabiegowego rozpoznanego ropnia wątroby już wieczorem w dniu przyjęcia chorej na oddział, i dalej w dniu następnym, zdynamizowało przebieg i rozwój procesu chorobowego u D. P. (1) w ten sposób, że zaczął on

bezpośrednio zagrażać jej życiu. Oskarżeni przypisanym im zachowaniem (przez zaniechanie) nieumyślnie narazili pokrzywdzoną na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, w rozumieniu art. 160 kk, przewidując możliwość zaistnienia takiego skutku, wykonanie bowiem omawianego zabiegu, czy to poprzez drenaż przezskórny, czy operację, obok stosowanej antybiotykoterapii, prowadziłyby do odbarczenia ropnia wątroby, zwiększając szansę na przeżycie. Będąc gwarantami i dysponując wynikami obrazowymi pacjentki, doskonale zdawali sobie sprawę z tego, z jakiego rodzaju schorzeniem mają do czynienia i z jak dużym ryzykiem poważnych powikłań wiąże się podejmowany przez nich proces leczenia. W kontekście odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 kk lekarz – jako gwarant – obowiązany jest podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostyczno – terapeutyczne, jakie tylko w danej chwili i warunkach są możliwe i jakie wynikają z aktualnego stanu wiedzy medycznej, gdy tylko ich zaniechanie narażałoby człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W oparciu o zebraną dokumentację lekarską, wywiad lekarski, wyniki badań oraz opinie biegłych, oskarżonym należało więc przypisać niewłaściwe z punktu widzenia medycznego postępowanie w zakresie podjętego leczenia, pomimo istniejących wskazań do zabiegu obok antybiotykoterapii, co miało wpływ na stan zagrożenia życia pacjentki, wobec stanu jej zdrowia i zachodzących u niej procesów chorobowych (zapalnych), toczących się w jej organizmie od kilku dni. W realiach tej sprawy zatem, obszernie opisaną powyżej, nie sposób zgodzić się z obrońcą oskarżonych J. Z. i K. K. gdy wywodzi, iż mieli oni działać w usprawiedliwionym okolicznościami przekonaniu, że podjęte przez nich działania (zaniechania) nie były bezprawne wobec zastosowania innej, alternatywnej i dopuszczalnej w świetle wskazań wiedzy medycznej metody postępowania w leczeniu ropnia. Jako osoby mające odpowiednie kompetencje, duże doświadczenie zawodowe i wiedzę z zakresu chirurgii, pełniąc samodzielnie nadzór na dyżurach, czynu tego dopuścili się nieumyślnie, tj. nie zachowując ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, pomimo że możliwość popełnienia tego czynu (zaistnienia skutku) przewidywali, co więcej – rozważali oni nawet przeprowadzenie zabiegu, ale po weekendzie.

W konsekwencji w ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji, pozostając w zgodzie z dyrektywami swobodnej oceny dowodów, był uprawniony do przydania waloru wiarygodności zeznaniom wskazanym świadków i dowodom z zebranych dokumentów. W szczególności jednak, co jest oczywiste z uwagi na przedmiot sprawy, dowodami przydatnymi do czynienia ustaleń faktycznych, stanowiącymi następnie punkt wyjścia dla oceny prawnej działań oskarżonych, były opinie biegłych (wraz z jej uzupełnieniami) z Zakładu Medycyny Sądowej (...) Akademii Medycznej w S. dr hab. med. A. M. i dr hab. n. med. M. P. oraz opinie biegłych (wraz z jej uzupełnieniami) z Katedry i Zakładu (...) we W. prof. dr hab. n. med. B. Ś., prof. dr hab. n. med. P. S. i dr n. med. J. T.. Także w oparciu o te opinie, w swej treści niesprzeczne, a zgodne i rzeczowe, Sąd odwoławczy, zgadzając się w tej mierze w pełni z wywodami obrońców oskarżonych, zmienił opis i kwalifikację prawną czynu przypisanego ostatecznie oskarżonym, uznając, iż zachowanie A. Z. (1), J. Z. (1) i K. K. (1) wypełnia jedynie znamiona występku z art. 160 § 2 i 3 kk, nie zaś z art. 155 kk. Wskazani wyżej biegli z zakresu medycyny w wydanych opiniach nie byli w stanie jednoznacznie stwierdzić czy istnieje bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy wskazanym wyżej zaniedbaniem ze strony oskarżonych a śmiercią pokrzywdzonej. Biegli w swoich opiniach twierdzili, że wcześniejsze leczenie inwazyjne ropnia w dniach 21 i 22 sierpnia 2009r. zwiększało szansę na uzyskanie lepszego efektu terapeutycznego, jednak nie wyeliminowałoby całkowicie ryzyka groźnych powikłań, w tym też tych, które mogłyby stanowić zagrożenie dla życia (zagrożenie dla życia było realne i bezpośrednie, narastało w dniach 21-22 sierpnia 2009r., a skrajnie duże było już w dniu 23 sierpnia 2009r.). Podjęcie wcześniejszego prawidłowego leczenia inwazyjnego ropnia wątroby znacznie zwiększało (z dużym prawdopodobieństwem) szansę na uzyskanie lepszego efektu terapeutycznego i uratowanie życia i zdrowia. Nie dawało jednak gwarancji uratowania życia, gdyż nie wyeliminowałoby całkowicie ryzyka groźnych powikłań, w tym też takich, które mogłyby stanowić zagrożenie dla życia pacjentki. Oczywistym jest, że dokładnie nie da się tego prawdopodobieństwa ustalić. Ma rację jednak w całości obrońca oskarżonych J. Z. (1) i K. K. (1) gdy – nie zgadzając się z Sądem meriti – wywodzi, że ustalenie mechanizmu powstania otworu w powierzchni trzewnej wątroby ma kapitalne znaczenie dla możliwości przypisania oskarżonym skutku z art. 155 kk. O ile bowiem początkowo biegli z obu ośrodków, a także świadek D. S. twierdzili, że u pacjentki doszło do samoistnego przebiccia torebki ropnia i częściowego opróżnienia do jamy otrzewnej, jeszcze przed nagłym zatrzymaniem krążenia i wykonaniem skutecznie drenażu przezskórnego, o tyle wszyscy biegli w uzupełniającej ustnej opinii oraz obducent w późniejszych zeznaniach nie byli już tak kategoryczni w swoich wnioskach. Biegli (...) nie byli w stanie ustalić kiedy doszło do pęknięcia ropnia (mogło się to wiązać z załamaniem się stanu chorej w nocy z 22/23 sierpnia 2009r.; podobnie Z.

L. k. 2130 – opisując ten stan jako jedną z hipotez); wręcz stwierdzili, że nie wiadomo kiedy doszło do perforacji ropnia, a także czy i kiedy doszło do zapalenia otrzewnej. Z kolei biegli (...), jednoznacznie opowiadając się za koniecznością ewakuacji treści ropnej po uzyskaniu rozpoznaniu, w kwestii perforacji ropnia zwrócili uwagę na opisany w sekcji zwłok tylko jeden otwór, wyjaśniając tego 4 możliwe powody: wykonujący drenaż mógł wykonać go nietypowo, czyli od strony trzewnej, a nie od przeponowej - co jest raczej wykluczone; obducent otwór po troakarze przeoczył; lekarz wykonujący drenaż i ewakuujący ropień, chcąc wydobyć większą ilość ropnia, mógł uszkodzić część trzewną manewrując igłą; w końcu hipotetycznie - nastąpienie perforacji prawdopodobnie w momencie gwałtownego pogorszenia się stanu chorej, czego jednak nie można potwierdzić. W sprawie na tym tle istniało szereg wątpliwości. Niewątpliwym było, że D. P. (1), z rozpoznaniem ropnia wątroby, we wstrząsie septycznym i ostrą niewydolnością krążeniową – oddechową, po skutecznej reanimacji w (...) szpitalu, została przyjęta na Oddział (...) w Z. mając w okolicy wątroby obecny dren założony przezskórnym w celu drenowania ropnia wątroby. Co stało się później z tym drenem, kto i kiedy go usunął nie wiadomo, brak bowiem zapisów na ten temat w dokumentacji, zaś w trakcie sekcji zwłok drenu tego już nie było, a obducent o tej okoliczności nawet nie wiedział (zeznania D. S.). Biegli stwierdzili zatem, że mogło dojść do wcześniejszego samoistnego pęknięcia ropnia (mogło to nastąpić w nocy z 22/23 sierpnia 2009r.), możliwe też jest jednak, że w trakcie reanimacji w karetce, na skutek naciskania klatki piersiowej, dren mógł spowodować uszkodzenie ściany trzewnej wątroby. Podobnej natury wątpliwości zrelacjonował D. S., który - nie wiedząc początkowo o wprowadzeniu drenu - stwierdził samoistne przebicie torebki ropnia na powierzchni trzewnej wątroby, czego konsekwencją było ropne rozległe zapalenie otrzewnej, zapalenie włóknikowo – ropne powierzchni śledziony, obustronne zapalenie płuc i włóknikowe zapalenie opłucnej (k. 408). W późniejszych zeznaniach stwierdził już jednak, że uszkodzenie torebki mogło być wynikiem przeprowadzonego drenażu, a nie samoistnego przebicia. Nie potrafił jednoznacznie zatem stwierdzić czy doszło to samoistnego przebicia torebki czy też na skutek drenażu, nadto w trakcie sekcji miejsce po drenażu mogło ulec zmianom w związku z toczącym się procesem zapalnym i wpływem nawet 1 dnia. Podkreślił też, iż do wylania się treści ropnej mogło dojść po usunięciu drenu (k. 951). W podobnym tonie wypowiadał się oskarżony P. L., podkreślając brak danych świadczących o tym, że ropień pękł samoistnie przed wykonaniem drenażu (k. 1925) – bakterie z ropnia mogły przez ścianę ropnia przechodzić do jamy otrzewnej poprzez miąższ wątroby, mogły też przechodzić przez krwiobieg, nie było objawów samoistnego pęknięcia ropnia (wyjaśnienia K. K. (1) k. 1926). Nadto wykonany drenaż mógł spowodować wyciek treści ropnia i zapalenie wtórne otrzewnej. W konsekwencji nie sposób ustalić jednoznacznie co było przyczyną wstrząsu (czy wylanie się treści ropnej czy też do zakażenia doszło na skutek przedostawania się bakterii wraz z krwiobiegiem do jamy otrzewnej, jak wskazywał oskarżony P. L.). Nie wiadomo też jaki był mechanizm powstania otworu w powierzchni trzewnej wątroby (mógł bowiem powstać na skutek przeprowadzonego drenażu). Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności trzeba zgodzić się z obrońcą, iż nie sposób podzielić stanowiska Sądu Rejonowego co do tego, iż przyczyną śmierci pacjentki był ropień wątroby oraz zakażenie otrzewnej mające związek z tym procesem chorobowym, zwłaszcza, że rozważania Sądu w tym zakresie, zdecydowanie zaś ich końcówka na k. 48, zdaje się potwierdzać realizację znamion czynu ostatecznie oskarżonym przypisanego.

Sąd Okręgowy nie znalazł także podstaw do stwierdzenia, że sposób procedowania Sądu orzekającego, a zwłaszcza gromadzenia przezeń materiału dowodowego i jego oceny naruszył jakiegokolwiek przepisy prawa procesowego. Tym samym poczynione przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne, będące efektem logicznej, wszechstronnej i zgodnej z zasadami doświadczenia życiowego analizy zebranych dowodów, poza oczywiście omówionymi wyżej zmianami, a prowadzącymi do zmiany ustaleń i opisu czynu przypisanego oraz jego kwalifikacji prawnej, pozostają pod ustawową ochroną i nie mogą być skutecznie kwestionowane. Zdaniem Sądu Okręgowego skarżący nie wskazali okoliczności w tej części, których nie miałby w polu widzenia Sąd I instancji. Stanowisko Sądu Rejonowego w zakresie oceny zgromadzonego materiału dowodowego, w tym wyjaśnień samych oskarżonych, było trafne, Sąd ten wyjaśnił bowiem, dlaczego wersja zdarzeń poprzedzająca krytyczny weekend i rozgrywająca się w dniach 21-23 sierpnia 2009r., wynikająca logicznie oraz w zgodzie ze wskazaniem wiedzy z zeznań świadków, w tym w szczególności w zestawieniu z ujawnioną w całości dokumentacją lekarską, uznana została za wiarygodną i korespondującą z opiniami biegłych. Wskazać przy tym należy, iż zgodnie z istotą swobodnej oceny dowodów stanowisko to wprawdzie było oparte o własne

przekonanie organu orzekającego, niemniej uwzględniło wszystkie przeprowadzone dowody, ocenione zgodnie z zasadami prawidłowego rozumowania oraz wskazaniem wiedzy i doświadczenia życiowego.

Podsumowując, Sąd odwoławczy podzielił w pełni tok rozumowania i wnioskowania Sądu I instancji gdy szło o konieczność podjęcia wcześniejszego leczenia inwazyjnego ropnia wątroby u pokrzywdzonej, związanego z jego odbarczeniem, ustalając, iż przypisane oskarżonym czyny stanowią przestępstwa z art. 160 § 2 i 3 kk, z powodów omówionych obszernie wyżej.

Wniesienie środka odwoławczego w części odnoszącej się do winy spowodowało konieczność sprawdzenia rozstrzygnięcia w zakresie odnoszącym się do zastosowanej względem oskarżonych instytucji warunkowego umorzenia postępowania. W świetle ustalonego przez Sąd Rejonowy stanu faktycznego, zrelacjonowanego także i przez Sąd odwoławczy, okoliczności przypisanego oskarżonym czynu nie budzą wątpliwości. Również samo rozstrzygnięcie o warunkowym umorzeniu postępowania nie budzi zastrzeżeń. Pomimo nieprzyznania się przez oskarżonych do winy, zastosowana instytucja jest adekwatną reakcją na popełnione przez nich bezprawie, a zarazem uwzględnia stopień winy i społecznej szkodliwości czynu. Wbrew wywiadowi skarżącego oskarżyciela publicznego, nadto przy uwzględnieniu zmiany zaskarżonego orzeczenia i ustalenia, iż czyn przypisany oskarżonym wyrokiem Sądu Okręgowego stanowi przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 kk, właściwości i warunki osobiste oskarżonych oraz ich dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo takiego rozstrzygnięcia będą oni przestrzegali porządku prawnego, w szczególności nie popełnią przestępstwa. Analiza przez Sąd Okręgowy wszystkich okoliczności niniejszej sprawy skutkować musiała zatem uznaniem, iż zarówno stopień winy oskarżonych, jak i stopień społecznej szkodliwości popełnionego przez nich czynu nie są znaczne, nadto zważywszy na popełnienie go nieumyślnie. Całokształt okoliczności niniejszej sprawy prowadzi do wniosku, iż wystarczającym dla zapobieżenia popełnieniu przez oskarżonych ponownie przestępstwa pozostawać będzie warunkowe umorzenie postępowania karnego. Orzeczeniu takiemu bez wątplenia nie stoją na przeszkodzie właściwości i warunki osobiste oskarżonych, którzy pozostają osobami niekaranymi, posiadającymi wykształcenie, zawód, stałą pracę. Zarówno wina oskarżonych, jak i stopień społecznej szkodliwości popełnionych przez nich przestępstw ocenione być muszą jako nieznaczne, choć bez wątplenia czyny te pozostają zachowaniami o stopniu społecznej szkodliwości przekraczającym znikomy. Nie budzą także wątpliwości okoliczności popełnionego przestępstwa. Okoliczność łagodzącą stanowi także nieumyślny charakter przestępstwa przypisanego oskarżonym, co przy uwzględnieniu uprzedniej niekaralności, unormowanego trybu życia i pozytywnej oceny dotychczasowej kariery zawodowej wskazuje na incydentalny charakter tego zachowania. Z drugiej strony trzeba mieć na względzie charakter zaniedbań, jakich dopuścili się oni w związku z przypisanym występkiem. Należy bowiem pamiętać, że w wyniku tych zaniedbań doszło do narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo dobra prawnie chronionego tak istotnego jak życie ludzkie, a oskarżeni z racji wykonywanego zawodu lekarza są w sposób szczególny zobligowani do ochrony tego dobra. Uwzględniając zatem całokształt okoliczności sprawy, Sąd Okręgowy wyraził przekonanie, że postęпки oskarżonych sprzed prawie 10 lat pozostają w ich życiu zdarzeniami incydentalnymi, pozwalającymi na wysnucie pozytywnej prognozy. Ich obecna postawa, nieposzlakowana opinia u pracodawcy, dotychczasowy nienaganny przebieg pracy w zawodzie lekarza, unormowany tryb życia, sama ta sprawa i reakcja prawnokarna, a także właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy tryb życia uzasadniają przekonanie, że pomimo warunkowego umorzenia postępowania będą oni przestrzegali porządku prawnego i nie popełnią ponownie przestępstwa. By zatem zweryfikować tę postawę oskarżonych, słusznym było zastosowanie przez Sąd Rejonowy 2 letniego okresu próby.

Równocześnie Sąd odwoławczy obniżył wysokość orzeczonych w punkcie 7 świadczeń pieniężnych, ustalając ich wielkość w zależności od stopnia zawinienia poszczególnych oskarżonych. Jak ustalono, A. Z. (1) już wieczorem w dniu 21 sierpnia 2009r. winien był wdrożyć leczenie zabiegowe, zaś w dniu następnym – przy pogarszającym się stanie zdrowia pacjentki – najlepiej po uprzednim zweryfikowaniu badaniem USG lub TK ujawnionej zmiany – lekarze dyżurujący J. Z. (1) i K. K. (1) taki zabieg mieli bezwzględnie przeprowadzić, odbarczając ropnia wątroby. W związku z tym, że dyżur ten nadzorował, wg zwyczajowo przyjętych ustaleń, J. Z. (1), to on ponosi większą odpowiedzialność, stąd i wysokość świadczenia pozostaje nieco wyższa od pozostałych. Orzeczone świadczenia spełnią

swą rolę wychowawczą i weryfikującą wobec sprawców. Obok znaczenia o charakterze probacyjnym, mają także pełnić charakter symbolicznego zadośćuczynienia społeczeństwu za popełnione przestępstwo.

Nie znajdując podstaw do uwzględnienia w pozostałym zakresie zarzutów podniesionych w apelacjach obrońców oskarżonych, Sąd Okręgowy, poza omówionymi wyżej zmianami, w pozostałej części utrzymał w mocy zaskarżony wyrok.

Nadto, wobec nieuwzględnienia co do zasady wywiedzionych apelacji, Sąd zasądził od każdego z oskarżonych na rzecz Skarbu Państwa wydatki za postępowanie odwoławcze w kwotach po 5 złotych oraz wymierzył im opłaty za II instancję w kwotach po 100 złotych, będące konsekwencją warunkowego umorzenia postępowania.