

UZASADNIENIE

Pokrzywdzony D. S. (1) urodzony (...), w dniu 24 marca 2012 r. przebywał na spotkaniu towarzyskim w mieszkaniu należącym do S. L., położonym w kamienicy na czwartym piętrze w N. przy ul. (...). Uczestniczył w spotkaniu towarzyskim z S. L., M. T. i A. T. (1). Wymienieni spożywali alkohol. Około godziny 2.00 doszło do kłótni pomiędzy S. L. i D. S. (1), w trakcie której D. S. (1) został dwukrotnie ugodzony nożem przez S. L. w lewe udo, co spowodowało u wymienionego pokrzywdzonego dwie głębokie rany kluto- cięte prowadzące do całkowitego przecięcia nerwu kulszowego, jednej z dużych tętnic uda oraz prawie całkowitego przecięcia żyły udowej. Obrażenia te spowodowały u pokrzywdzonego masywny krwotok zewnętrzny z następowym wstrząsem krwotocznym.

W czasie zdarzenia oprócz pokrzywdzonego D. S. (1) w mieszkaniu znajdowali się S. L., A. T. (1) i jej brat M. T..

Po ugodzeniu nożem D. S. (1) przewrócił się, zaczął gwałtownie krwawić, słabnąć i tracić przytomność. Podejmowane były przez osoby obecne w mieszkaniu próby reanimacji i zatrzymania krwawienia.

(dowód: kserokopia materiałów wyłączonych z akt śledztwa o sygnaturze akt Ds. 315/13 przeciwko S. L. podejrzanemu o czyn z art. 156 § 3 kk k. 1, 2-40, 53-59, 62-62, 131, 139, kserokopia protokołu oględzin i otwarcia zwłok D. S. (1) k. 144-147, kserokopia aktu oskarżenia w sprawie o sygn. akt Ds. 315/13 Prokuratury w N. przeciwko S. L. k. 505-507)

S. L. zadzwonił na numer alarmowy 112 o godzinie 1:57. Telefon został odebrany przez dyspozytora Straży Pożarnej, kolejne połączenie zostało wykonane o godzinie 1:59, wymieniony połączył się z dyspozytorem Pogotowia (...). Jako przyczynę wezwania w książce dysponenta zespołu medycznego określono „nieprzytomny”. Kod pilności został oznaczony jako K1 - wezwanie alarmowe.

Dyspozytorka przekazała zlecenie zespołowi ratownictwa medycznego o godzinie 2.00. Karetka zespołu S w składzie lekarz - (...), pielęgniarka - W. S. (1) oraz pielęgniarz/kierowca – W. M. (1) wyjechała o godzinie 2.04. Przybyła na miejsce o godzinie 2.06.

(dowód: protokół oględzin płyty DVD z rejestratora rozmów z dnia 24 marca 2012 r. w godzinach 1:30- 4:00 wraz z płytą DVD zawierającą zapis rozmów przychodzących i wychodzących w tych godzinach pomiędzy dyspozytorem pogotowia ratunkowego a zespołem karetki pogotowia na numer alarmowy 112, numer Pogotowia (...) 999 oraz numer Straży Pożarnej 998 k. 121, 122-130)

Na miejscu zespół zastał S. L., A. T. (1) i M. T.. Znajdowali się oni pod wpływem alkoholu. A. T. reagowała atakami hysterii. Pokrzywdzony leżał w wąskim korytarzu, był skrwawiony, podłoga była pokryta dużą ilością krwi. D. S. był na własnym oddechu z zachowanym tętnem, bez kontaktu, błądy, po spożyciu alkoholu, wykonywał drobne ruchy głową, wydawał nieartykułowane dźwięki. Zespół przystąpił do badania i poszukiwania rany.

Stan pokrzywdzonego lekarz P. K. (1) ocenił jako ciężki. Dane z badania to 6 punktów w skali G., tętno HR 170/min. Pielęgniarka założyła wkłucie, została podłączona kroplówka z płynami. Lekarz P. K. (1) podjął próbę intubacji, która się nie powiodła. Założył więc rurkę ustno- gardłową. Oddychanie wspomagano workiem A.. Ujawniono dwie rany na tylnej powierzchni uda lewego, na które założono opatrunek uciskowy. P. K. (1) podjął decyzję o transporcie pokrzywdzonego do położonej najbliższej placówki medycznej, tj. szpitala w N..

O godzinie 2.26 P. K. wezwał karetkę P do pomocy dla karetki zespołu S. Zlecenie zostało przekazane zespołowi o godzinie 2.27. Zespół wyjechał o godzinie 2:29. Do czasu, gdy przyjechał drugi zespół przybyli na miejsce zdarzenia funkcjonariusze Policji pomogli znieść pokrzywdzonego na dół. W czasie znoszenia pacjenta, założone przez pielęgniarkę w mieszkaniu wkłucie dożylnne wysunęło się.

(dowód: dokumentacja medyczna D. S. (1) k. 48, pismo ZOZ w N. k. 60, zeznania świadka P. K. (1) k. 874v-876, k. 500v-502, k. 541-543, k. 667-668, zeznania świadka W. M. (1) k. 888-888v, k. 526v-529, zeznania W. S. (1) k. 889-890, k. 534-539, książka dysponenta zespołu ratownictwa medycznego k. 405-405v)

Lekarz internista P. K. (1) wystawił pacjentowi D. S. (1) skierowanie do szpitala w N. na oddział chirurgii z rozpoznaniem krwawienia z lewego uda pacjenta, wstrząs krwotoczny.

D. S. (1) został przywieziony do Zespołu (...) w N. karetką pogotowia S o godzinie 02:41. W tym czasie dyżur na Izbie Przyjęć pełnił lekarz specjalista chirurgii R. P. (1). Oskarżony R. P. (1) przyszedł na Izbę Przyjęć, na którą przybył również anestezjolog M. Z. (1).

(dowód: pismo ZOZ w N. k. 60, dokumentacja medyczna D. S. (1) k. 48)

Pokrzywdzony był nieprzytomny, w głębokim wstrząsie, z nieoznaczalnym RR, brakiem wyczuwalnego tętna na tętnicach szyjnych, z niewydolnym oddechem, podawanym tlenem, szerokimi źrenicami niereagującymi na światło. Na lewym udzie miał założony opatrunek uciskowy na dwie rany klute na tylnej powierzchni uda. Wymieniony wykonywał nieskoordynowane odruchy obronne przy czynnościach medycznych. W Izbie przyjęć lekarz P. K. (1) wykonał intubację. Wykonano wkłucie do żył obwodowych i rozpoczęto szybkie przetaczanie płynów. Oskarżony R. P. (1) zaopatrzył rany, zakładając do środka gaziki i nakładając zewnętrzny opatrunek uciskowy.

Po około 5 minutach od przywiezienia na Izbę stan D. S. (1) pogorszył się, pogłębiły się zaburzenia oddychania, pojawił się brak czynności serca. Lekarze R. P. i M. Z. rozpoczęli czynności resuscytacyjne z pośrednim masażem serca i oddechem workiem (...) oraz monitorowaniem czynności serca (g. 02:51). Resuscytacja trwała około 35 minut. W tym czasie podano wymienionemu 3 ampułki adrenaliny, 3 mg atropiny, dodatkowe płyny infuzyjne. Wykonano jedną defibrylację przy migotaniu komór. Uzyskano powrót czynności serca z wyczuwalnym tętnem na tętnicach szyjnych, z nieoznaczalnym RR na obwodzie

Oskarżony R. P. (1) podjął decyzję o konieczności przetransportowania pokrzywdzonego do szpitala do placówki dysponującej oddziałem intensywnej opieki medycznej w celu kontynuowania leczenia. Jako rozpoznanie choroby w karcie odmowy przyjęcia do szpitala wpisał krwotok niesklasyfikowany, wstrząs krwotoczny z niewydolnością i zatrzymaniem krążenia (R 58). Określił, iż pacjent wymaga leczenia w (...), co było przyczyną odmowy przyjęcia do szpitala.

(dowód: wyjaśnienia oskarżonego R. P. (1) k. 871v-872v, k. 646v-647, k. 656v-658, zeznania E. S. (1) k. 897v-898v, k. 547v-549, zeznania świadka M. Z. (1) k. 898v-900, k. 517v-519v, k. 670v, dokumentacja medyczna D. S. (1) k. 48, kserokopia wpisu w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć ZOZ w N. z dnia 24 marca 2012 r. dot. D. S. (1) k. 459-469)

P. K. (1) poinformował dyspozytorkę o odmowie przyjęcia pacjenta przez lekarza R. P. (1) i poprosił o ustalenie miejsca w celu przewiezienia pokrzywdzonego D. S..

Dyspozytor wskazał szpital w D. jako placówkę do przewiezienia pacjenta.

Na prośbę P. K. (1) oskarżony R. P. podpisał kartę odmowy przyjęcia D. S. do szpitala w N..

Około godziny 3:35 D. S. (1) został przetransportowany do karetki S, która wyjechała do Szpitala w D..

Podczas transportu do D., doszło do nasilenia krwawienia z rany. Lekarz P. K. (1) w karetce poprawił opatrunek.

(dowód: zeznania świadka P. K. (1) k. 874v-876, k. 500v-502, k. 541-543, k. 667-668, zeznania świadka W. M. (1) k. 888-888v, k. 526v-529, zeznania świadka W. S. (1) k. 889-890, k. 534-539 dokumentacja medyczna D. S. (1) k. 48)

Zespół (...) z N. poinformował dyspozytora medycznego I. W. w D. na 5 min przed przybyciem do (...) w D. o transporcie pacjenta po pchnięciu nożem w udo. Pokrzywdzony D. S. (1) został przekazany Szpitalowi w D. o godzinie 3:55. W momencie przekazywania pacjenta do (...), personel w D. został poinformowany przez P. K. ustnie o czynnościach wykonywanych przy pacjencie, podanych lekach i płynach infuzyjnych oraz otrzymał kartę medycznych czynności ratunkowych w momencie przekazywania pacjenta do (...). Wraz z pacjentem nie zostały dostarczone żadne wyniki badań diagnostycznych.

(dowód: płyta CD z zapisem rozmów dyspozytora pogotowia ratunkowego z dnia 24 marca 2012 r. w godz. 3:00-4:00 ZOZ w D. wraz z protokołem oględzin rzeczy k. 143, k. 452-453, zeznania świadka P. K. (1) k. 874v-876, k. 500v-502, k. 541-543, k. 667-668, dokumentacja medyczna D. S. (1) k. 48)

Dyżur w D. pełnili lekarz dyżurny (...) A. K. (1) oraz lekarz anestezjolog M. W. (1). Bezpośrednio po otrzymaniu informacji o przyjeździe pacjenta została zamówiona sala operacyjna i krew uniwersalna o Rh minus.

Stan pacjenta po przyjeździe do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w D. określono jako krytyczny i bezpośrednio przekazano na blok operacyjny, celem rewizji ran uda (godz. 4.20). Z obserwacji dokonanej w D. wynika, że pacjent miał ranę uda lewego, obficie krwawiącą- zaopatrzoną opatrunkiem uciskowym. Pacjent był po (...), błądy, zaintubowany, mechanicznie wentylowany, RK 80/55, sat 74 %, HR 120-150 Na zlecenie lekarza pobrano krew na badania laboratoryjne, grupę krwi, próbę krzyżową, przetoczono 1000 ml... N.. D. S. został zaintubowany, był wentylowany 100 % tlenem. Źrenice miał maksymalnie szerokie, bez reakcji na światło. W trakcie zabiegu stan pacjenta był bardzo ciężki, zabieg wykonywano w ułożeniu na brzuchu. W trakcie zabiegu ok. godz. 5.10 doszło do zatrzymania krążenia. Podjęto masaż serca w ułożeniu na brzuchu. Kontynuowano po pośpiesznym zaopatrzeniu rany - w pozycji na wznak, powróciła czynność serca. Pokrzywdzony wykazywał okresowo oznaczalne RR. Saturacja praktycznie nieoznaczalna przez cały zabieg. Wentylowany 100 %. W trakcie zabiegu przetoczono 6j. ME – w tym dwie bez próby krzyżowej oraz 3 jednostki osocza. Zaobserwowano z licznych wkłuc- krwawienie. Pod koniec zabiegu zauważono niewielką odmę podskórną w okolicy szyi i w lewej okolicy pachwinowej. Po operacji D. S. (1) został przyjęty na (...) jako niewybudzony, został podłączony do respiratora B. 840. Jego stan ogólnie był bardzo ciężki. Nie wykazywał odruchów neurologicznych. W skali G. otrzymał 3 pkt. Źrenice miał maksymalnie szerokie, bez reakcji na światło, oddech niewydolny, czynność serca obecna miarowa o częstości 140/min. RR 80/50 mmHg Około godz. 9.00 pojawiła się bradykardia 30-20/min. Podano atropinę - bez efektu. O godz. 9 nastąpiło zatrzymanie krążenia. Stwierdzono zgon pokrzywdzonego D. S. (1).

(dowód: historia choroby pacjenta D. S. (1) z leczenia ZOZ w D., w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w dniu 24 marca 2012 r. k. 70-119, zeznania świadka L. R. k. 873v-874, k. 496v-497v, zeznania świadka A. K. (1) k. 874-874v, k. 508v-509v, zeznania świadka M. W. (1) k. 887-888, k. 510-512 dokumentacja medyczna D. S. (1) k. 48, karta badania wstępnego k. 248, karta informacyjna k. 249, protokół operacyjny lekarski k.258, prot. Anestezjologiczny k.259-260, wyniki badań k 261-274)

Lekarz (...) wykonuje indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w dziedzinie chirurgii ogólnej na obszarze działania Okręgowej (...) - (...) Izby Lekarskiej w O. na podstawie zezwolenia nr 785. Wymieniony posiada specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Objęty jest ubezpieczeniem ochrony prawnej lekarza i lekarza dentyści. Jest zatrudniony na stanowisku lekarza chirurga w Zespole (...) w N. od 1 października 1982 r. do chwili obecnej. Pełnił funkcje w następujących komórkach : Oddział Chirurgiczny w Szpitalu w N., (...) Chirurgiczna w N., D. Pomocy Doraźnej: Zespoły wyjazdowe ratownictwa medycznego. Wymieniony świadczy usługi zdrowotne w ZOZ N. w ramach umowy kontraktowej, na stanowisku kierownik oddziału chirurgicznego oraz lekarz pogotowia ratunkowego. Wymieniony posiada aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

(dowód: kserokopia dokumentacji z zakresie zatrudnienia kontraktowego lek. R. P. (1) w ZOZ N. oraz posiadanych kwalifikacji k. 579-641)

W dniu 1 stycznia 2008 r. pomiędzy Zespołem (...) w N. a Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w D. zawarto na czas nieokreślony umowę o współpracy w zakresie zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów wymagających hospitalizacji w warunkach Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zgodnie z § 9 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne.

(dowód: Umowa k. 430)

W Szpitalu obowiązuje Regulamin porządkowy Zespołu (...) w N.:

§ 8 ust. 2 : podstawowym zadaniem Zespołu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych (...)

§ 9 ust. 1 : Zespół (...) nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Ust. 7; odmowa przyjęcia może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki, a brak hospitalizacji nie spowoduje dla pacjenta niebezpieczeństwa – w szczególności utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub pogorszenia stanu zdrowia, w następujących przypadkach: 1) brak wskazań lekarskich do hospitalizacji, 2) brak zgody pacjenta na hospitalizację – w każdym przypadku z wyjątkiem sytuacji przewidzianych w obowiązujących przepisach dotyczących hospitalizacji bez wymaganej zgody, 3) braku wolnych miejsc w Szpitalu, 4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielania przez Szpital świadczeń. Ust.8: Jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez Szpital przyjęty, Szpital do udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego Szpitala.

§ 11 Przyjęcie do szpitala: Ust. 1: Izba przyjęć zapewnia całodobową gotowość do udzielania świadczeń w trybie nagłym oraz porady obejmujące świadczenia diagnostyczno- terapeutyczne, niekończące się decyzją o hospitalizacji. Ust. 2: Szpital zapewnia całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym obejmujące proces diagnostyczno- terapeutyczny od chwili przyjęcia do szpitala do jego wypisu. Ust. 4 : o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza orzeka: (...) poza godzinami normalnej ordynacji – lekarz dyżurny danego oddziału. Ust. 5: orzeczenie o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do Szpitala (...) lekarze wydają po zapoznaniu się ze stanem pacjenta.

(dowód: Regulamin k. 418-427v)

Jak wynika z § 16 ust. 1 pkt B wskazanego regulaminu: w ramach oddziałów szpitalnych funkcjonuje oddział chirurgii ogólny, pkt C: w ramach bloku operacyjnego funkcjonuje sala intensywnej opieki medycznej.

(Regulamin k. 422v)

Oskarżony R. P. (1) nie był karany.

(dowód: Dane o karalności k. 919)

W opinii lek. med. J. K. konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej, czas wyjazdu do D. S. (1) pomiędzy przekazaniem wezwania o godzinie 2.00 do wyjazdu o godzinie 2.04 był za długi. Według niego postępowanie po przyjeździe karetki powinno być rozszerzone o założenie dodatkowej linii żyłnej oraz przeprowadzenie intubacji dotchawicznej. Stwierdził, iż pacjent powinien mieć wykonane podstawowe badania laboratoryjne oraz powinna być przeprowadzona rewizja ran kłutych uda lewego. W opinii dr. n. med. T. S. konsultanta Wojewódzkiego ds. (...) Ogólnej pacjent w trakcie pobytu w Szpitalu w N. wymagał:

-definitywnego zatrzymania krwotoku wykorzystując procedury zabiegowe i niezabiegowe,

- intensywnej walki ze wstrząsem hipowolemicznym.

(dowód: kserokopia ekspertyz wykonanych na rzecz NFZ W-MOW w O. k. 490-491)

Biegli lekarze stwierdzili, iż decyzja o rezygnacji z wykonania w N. zabiegu operacyjnego trwale hamującego utratę krwi i zlecenie przewiezienia pacjenta do szpitala w D., narażała go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W opinii biegłych, zgodnie z zasadami opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach karnych, brakuje dostatecznych podstaw do przyjmowania związku przyczynowego między zaniechaniem podjęcia leczenia operacyjnego w N. a zgonem D. S. (1).

(dowód: opinia biegłych z zakresu medycyny z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 25 kwietnia 2013 r. k. 461-465, opinia uzupełniająca biegłych z zakresu medycyny z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) J. w K. z dnia 18 listopada 2013 r. k. 804-807, zeznania biegłego T. K. k. 920v-921, zeznania biegłego A. W. (1) k. 921-921v)

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie powyższych dowodów oraz z następujących dokumentów: zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa złożone przez Dyrektora ZOZ w D. wraz z załącznikiem k. 41-42, 43-44, protokół przeszukania i zatrzymania rzeczy z ZOZ w N. k. 45-46, k. 47, protokół zatrzymania rzeczy z ZOZ w N. k. 49-52, zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa złożone przez NFZ (...) w O. k. 132-136, kserokopia akt postępowania kontrolnego nr 14 - (...) -44-12/OL przeprowadzonego przez NFZ W-MOW w O. w D. k. 148-297, kserokopia akt postępowania kontrolnego nr 14 - (...) -43-12/OL przeprowadzonego przez NFZ W-MOW w O. w ZOZ w N. k. 300-451, kserokopia postanowienia o odmowie wszczęcia śledztwa w sprawie Ds. 492/13 Prokuratury w N. k. 651-654, dokumentacja ZOZ dot. procedury w zakresie krwiolecznictwa k. 684-801, oraz zeznań A. S. k. 873, k. 480-481v, zeznań świadka K. J. k. 885v-886, k. 487v-489v, zeznania świadka A. P. k. 886v-887, opinia k. k. 946-946v, k. 932-933.

Oskarżony R. P. (1) nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu.

W postępowaniu przygotowawczym odmówił składania wyjaśnień (k. 646-647). Podczas kolejnego przesłuchania wyjaśnił, że po raz pierwszy miał do czynienia z pacjentem po przyjeździe karetki S do N.. Miał on szerokie źrenice, bez reakcji na światło, bez ciśnienia, z niewyczuwalnym tętnem, przy czynnościach medycznych wykonywał nieskoordynowane ruchy obronne. W chwili przyjazdu nie był zaintubowany, nie miał założonych wkłuc dożylnych, miał założoną rurkę ustno-gardłową. Podał, że polecił wykonać wkłucia. Oskarżony stwierdził, że jeszcze przed tym jak doszło na izbie do zatrzymania krążenia, chciał zobaczyć opatrunek i zrewidować ranę na udzie, ale zatrzymanie krążenia i konieczność wykonania reanimacji przerwały te czynności. Wyjaśnił, że następnie wykonywano czynności reanimacyjne. Ostatecznie uzyskano powrót akcji serca i zaprzestano masażu serca. Pacjent był bez własnego oddechu, bez reakcji bólowych i miał szerokie sztywne źrenice. Ciśnienie było nieoznaczalne. W tym czasie miał toczony płyn, zaś on sam postanowił zrewidować opatrunek. Podał, że praktycznie nie było tam wycieku krwi. Założył do środka gaziki i kazał założyć opatrunek uciskowy. W tym czasie uznał, że z pacjentem nie nadawał się do operacji, gdyż pierwotnie był bez ciśnienia i znieczulenie mogło przyczynić się do śmierci. Lepszym wyjściem w jego opinii było przewiezienie do D. na (...). Podał, że dodatkowy wpływ na tą decyzję miało to, że na dyżurze nie było osoby upoważnionej do toczenia krwi. Taka osoba była na poddyżurze i trzeba było ją ściągnąć z domu. To trwałoby kilkanaście minut. Oskarżony przyznał, iż transport też wiązał się z czasem, ale warunki leczenia w D. na (...) były nieporównywalnie lepsze. Wskazał, że liczył się z tym, iż w dużym szpitalu z (...) i (...) procedura związana z przeprowadzeniem operacji i tozeniem krwi może być wykonana sprawniej. Podał, że w tym czasie rana nie miała cech krwawienia i zabezpieczenie w jego ocenie było wystarczające. Podkreślił, iż transport przeprowadzony był karetką reanimacyjną. Dodał, iż z perspektywy czasu i dostępnej dokumentacji jego decyzje są pewnie inaczej oceniane, jednak wtedy decyzje wydawały mu się słuszne. Podał, że po przywiezieniu pacjenta na izbę była mowa o dużej ilości krwi (k. 657v), jego diagnoza była taka, że pacjent był we wstrząsie krwotocznym. Przyznał, że oceniając rany pacjenta i jego stan można było przypuszczać, że zostały uszkodzone ważne duże naczynia. Oskarżony przyznał, że w dłuższym okresie czasu, można było przewidywać, że podawanie płynów i wzrost ciśnienia, bez zrewidowania rany mogą doprowadzić do ponownego krwotoku i pogorszenia stanu, ale na tamten moment opatrunek wydawał się wystarczający. Oskarżony, odnosząc się

do decyzji lekarzy z D. przyznał, że podjęli oni decyzję o operacji, gdyż mieli do czynienia z czynnym krwotokiem, zaś on sam w N. ze świeżą reanimacją i brakiem krwi pod ręką. Podkreślił, że z uwagi na to, że uzyskano ciśnienie skurczowe krwi około 70 mm, rana nie krwawiła, zaś pacjent miał być przewieziony karetką S, uznał, że taki transport będzie możliwy (k. 656-658).

W postępowaniu sądowym oskarżony wyjaśnił, iż od momentu złożenia zamówienia na krew do chwili, kiedy dotrze ona do pacjenta należy się liczyć z upływem 40 do 60 minut. Wyjaśnił, że wiedział, że będą problemy ze ściąganiem pracownika odpowiedzialnego za podanie krwi pacjentowi i przedłuży to czas możliwości przygotowania pacjenta. Podał, iż w tamtym momencie nie sądził, że okres transportu do D. może pogorszyć stan pacjenta. W jego ocenie nie było szansy na uratowanie pacjenta, nawet gdyby została dokonana bezpośrednio po przyjeździe do N. rewizja ran kłutych. Podkreślił, że ocenił czas przywiezienia pacjenta na 15 minut. W dalszej kolejności podkreślił, że w N. jest łóżko przy bloku operacyjnym, zaś respirator jest przywożony z bloku operacyjnego. Nie ma stałego personelu na to stanowisko, jest on organizowany ad hoc. Przyznał, że stan pacjenta po przywiezieniu go do N. wskazywał na konieczność zawiadomienia o konieczności dotarcia osoby uprawnionej do wydania krwi (k. 871v-872v).

Sąd zważył, co następuje:

Wyjaśnienia oskarżonego w zakresie, w jakim dotyczą opisu wydarzeń rozgrywających się w dniu 24 marca 2012 r. w szpitalu w N., przebiegu akcji medycznej i rodzaju zastosowanych środków nie budzą wątpliwości. Znajdują one bowiem pełne potwierdzenie w dokumentacji medycznej, relacjach świadków, w tym P. K., W. M., W. S., M. Z., E. S., M. W., A. K., L. R., zapisu rozmów z dyspozytorem.

Za bezsporne Sąd przyjął wydarzenia poprzedzające przywiezienie D. S. (1) do Szpitala w N. oraz obejmujące działania podejmowane w trakcie transportu z N. a następnie już w Szpitalu w D.. Powyższe ustalenia obejmowały w szczególności genezę obrażeń D. S. (1) jako pochodzących z rany zadanej nożem w mieszkaniu w N., czynności związane z udzielaniem rannemu pierwszej pomocy, powiadomienie pogotowia, przyjazd zespołu karetki S, działania podejmowane przez zespół ratunkowy na miejscu w mieszkaniu a następnie w trakcie pobytu w Izbie Przyjęć w N., działania obejmujące transport do D. i czynności podejmowane przez tamtejszy personel medyczny, aż do zgonu D. S. (1).

Niesporne są także same obrażenia, jakich doznał D. S. (1) w wyniku pchnięcia nożem przez S. L.. Obejmowały one dwie głębokie rany lewego uda zlokalizowane na jego powierzchni tylnej. Rany były bardzo głębokie, jedna z nich przebiła udo na wylot, druga kończyła się tuż pod skórą nie przebijając jej. Rany miały charakter kłuto- cięty, nacięcie skóry wynosiło po 7 cm, każde. Rany powstały w wyniku dwóch osobnych czynnych uderzeń zadanych w sposób celowy.

Nie zasługuje na akceptację prezentowane przez oskarżonego stanowisko dotyczące prawidłowości zastosowanych metod, podjętych decyzji i środków leczenia. W pierwszej kolejności podkreślić należy, że w najistotniejszej spornej kwestii, tj. prawidłowości zastosowanych procedur leczniczych szczególnie doniosłą wagę dowodową mają niewątpliwie opinie biegłych.

W tak złożonej materii, jak będąca przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie, pierwszoplanowej wagi nabiera dowód z opinii biegłego lekarza. Sąd musi bowiem w pewnym stopniu zdać się na podmioty posiadające wysoce specjalistyczną wiedzę z zakresu medycyny, biologii, anatomii, fizyki i całości złożonych zagadnień związanych z funkcjonowaniem organizmu ludzkiego, czyli biegłych z zakresu medycyny, a dla prawidłowych ustaleń w sprawie z reguły niezbędna jest pomoc takich właśnie specjalistów.

Nie zwalnia to oczywiście Sądu z obowiązku wszechstronnej oceny dowodów, analizy opinii biegłych w świetle pozostałych dowodów, zwłaszcza w zakresie przyjmowanych założeń. Jednak niezaprzeczalne jest, z punktu widzenia praktyki orzeczniczej, doniosłe znaczenie takich dowodów.

W ocenie Sądu opinie biegłych z zakresu medycyny w całej rozciągłości zasługują na wiarę. Jak wynika z analizy ich treści biegli wnikliwie przeanalizowali cały zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, tak w zakresie dowodów

osobowych, jak i dokumentarnych, dokonali jego wnikliwej i fachowej analizy, zaś zaprezentowane wnioski należycie i wyczerpująco uzasadnili. Podkreślić należy, że biegli wypowiadali się na zadane im pytania trzykrotnie. Pierwszy raz przygotowując drobiazgową opinię pisemną, następnie odpowiadając na dodatkowe pytania w opinii uzupełniającej oraz w opinii ustnej za pośrednictwem videokonferencji.

Niewątpliwie omawiane opinie sporządzone zostały przez wybitnych specjalistów, posiadających rozległą i kompleksową wiedzę w swojej dziedzinie. W ocenie Sądu brak jest argumentów przemawiających za uznaniem tego dowodu za niewiarygodny.

Sąd zasadniczo dał wiarę przesłuchanym w sprawie świadkom tym P. K., W. M., W. S., M. Z., E. S., M. W., A. K., L. R.. Zeznawali oni na okoliczności związane z udzieleniem pomocy medycznej pokrzywdzonemu D. S. (1) na poszczególnych etapach w dniu 24 marca 2012 r. Wypowiadali się na tematy zawodowe, dotyczące stanu zdrowia pokrzywdzonego. Zeznania w tym zakresie nie budzą wątpliwości, albowiem znajdują pełne potwierdzenie w zgromadzonej dokumentacji medycznej pokrzywdzonego D. S. (1). Świadcowie wypowiadali się także na okoliczność oceny zachowania poszczególnych członków zespołu oraz opisywali stawiane przez nich diagnozy medyczne ze wskazaniem na motywy jakimi się kierowali. Także w tym zakresie Sąd nie znalazł żadnych podstaw aby te zeznania zakwestionować. Zdarzenia w Izbie Przyjęć w N. i w szpitalu w D. miały charakter dynamiczny. Każdy ze świadków skupiał się na swoich czynnościach. Stąd mogą wynikać nieścisłości i niepamięć pewnych szczegółów, ale w zasadniczej części zeznania świadków są spójne, rzeczowe, konkretne. Nadto, zeznania przesłuchanych w sprawie świadków dotyczące poszczególnych etapów zdarzenia w dniu 24 marca 2012 r. wzajemnie się uzupełniają i tworzą logiczny obraz zdarzenia, który pozwolił na ustalenie nie budzącego wątpliwości stanu faktycznego.

Niemniej istotą rzeczy w niniejszym postępowaniu było ustalenie czy decyzja oskarżonego R. P. (1) o rezygnacji z wykonania w N. zabiegu operacyjnego trwale hamującego utratę krwi i zlecenie przewiezienia pacjenta D. S. (1) do szpitala w D., narażała go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W wydanej opinii biegli lekarze przedstawili konieczny tok leczenia wobec pokrzywdzonego D. S. (1), uwzględniając dodatkowo warunki osobowe i sprzętowe szpitala z N.. Ponadto, w sposób szczegółowy odnieśli się do stanu i parametrów życiowych pokrzywdzonego. Z informacji tych wynika, że uraz pokrzywdzonego spowodował całkowite przecięcie nerwu kulszowego i jednej z dużych tętnic uda oraz prawie całkowite przecięcie największej żyły kończyny dolnej- żyły udowej. Uszkodzenie tych naczyń było przyczyną masywnego krwotoku, a w chwili przybycia pogotowia ratunkowego, pokrzywdzony był już w stanie skrajnie ciężkim, we wstrząsie krwotocznym, z zachowaną jedynie szątkową świadomością, z niewydolnym krążeniem i niewydolnym oddechem. Na takie wnioski, oparte na analizie stanu pacjenta dokonanej bezpośrednio po przybyciu do mieszkania, w którym znajdował się pokrzywdzony, wskazywali lekarz P. K. i ratownik medyczny W. M. - członkowie zespołu karetki S: (k. 526-529v). Na szątkową świadomość i ciężki stan pacjenta wskazują zeznania świadka W. M., z których wynika, że w drodze z mieszkania do karetki pacjent wydawał jęki. W opinii ratownika medycznego ta ilość krwi, która była obecna na miejscu zdarzenia sugerowała, że pacjent ma przecięte jakieś większe naczynie albo tętnicę.

Tuż po przywiezieniu do szpitala w N. nastąpiło zatrzymanie krążenia D. S. (1), zaś po resuscytacji stwierdzono u niego rozszerzenie źrenic, które utrzymywało się już do końca.

Biegli stwierdzili, że powyższe wskazuje, iż już od tego momentu D. S. (1) miał nieodwracalnie uszkodzony mózg i tym samym należy przyjąć, według biegłych istnienie związku przyczynowego pomiędzy ugodzeniem go nożem a zgonem. Później popełniony błąd medyczny, w opinii biegłych, najprawdopodobniej nie miał już dalszego wpływu na wystąpienie zgonu. Wnioski biegłych w tym zakresie korespondują z zeznaniami M. Z. – anestezjologa ze szpitala z N.. Z jego relacji wynika, iż w przypadku pokrzywdzonego nie byłoby sukcesu terapeutycznego niezależnie od czynności, niezależnie od przywrócenia tętna, zmiany narządowe w takim zaawansowanym stopniu powodują, że pacjenci umierają. Oceniał, iż efekt końcowy, niezależnie od tego czy pacjent byłby zoperowany w N., to i tak najprawdopodobniej by zmarł. Analizując zeznania świadka pod kątem filozofii oceniania szans pacjenta, nie wdając się jednakowoż w rozważania na temat medycznej zasadności formułowania takich wniosków, przywołać należy

przykład lekarza A. K. (1) ze szpitala w D.. Przyznał on, że możliwe, iż już w momencie dowiezienia do D. pacjent był w stanie wstrząsu nieodwracalnego, jednak on sam jako lekarz nie ocenia tego w kategoriach szans pacjenta, podejmuje czynności automatycznie, takie które powinny być wykonane. Podał, że przystępując do zabiegu zawsze daje szansę na powodzenie, co miało miejsce także w tym przypadku. Należy położyć nacisk, iż z perspektywy pacjenta, jak i całego społeczeństwa, takie właśnie postępowanie lekarza, jakie prezentuje A. K. w pełni odpowiada oczekiwanej od lekarzy świadczących pomoc medyczną postawy wobec pacjentów. Winni oni zawsze zakładać szansę powodzenia i czynić wszystkie możliwe starania adekwatne w danych okolicznościach, w kierunku polepszenia stanu pacjenta. Co więcej, należy stanowczo zaznaczyć, iż biegły A. W., wypowiadając się w kwestii stanu zdrowia D. S., podkreślił, że na to, iż pokrzywdzony miał uszkodzony mózg, nie ma dowodów, są to tylko przypuszczenia.

Jak wynika z opinii biegłego A. W. (1) (k. 921- 921v) w chwili, kiedy poszkodowany znalazł się w szpitalu w N., pierwsze zasadnicze kroki, które należało podjąć, obejmowały przede wszystkim uzupełnienie utraconej krwi. Następnie, konieczne było zatrzymanie krwawienia z naczynia. Z rany poszkodowanego nie sączyła się krew, gdyż było to skutkiem krytycznego spadku ciśnienia i objętości krwi znajdującej się w łożysku naczynia. Nie ma wątpliwości, iż chory w momencie przywiezienia na Izbę Przyjęć w N., był w stanie wstrząsu krwotocznego. Przedłużanie tego stanu tylko pogarszało jego szansę na przeżycie. Przede wszystkim należało uzupełnić utraconą krew. Biegły A. W. podkreślił, że decydującą sprawą było przetoczenie płynów krwiozastępczych, celem podniesienia ciśnienia i wtedy należało wykonać operację, nawet przy niskim ciśnieniu. Tożsame stanowisko zajął biegły T. K. (k. 920v-921). Wskazał, że już w momencie kiedy pokrzywdzony otrzymał rany klute rozpoczął się masywny krwotok i pojawiło się niebezpieczeństwo utraty życia. Analogicznie do A. W., wskazał, że brak wkłucia nie stanowił przeszkody w operowaniu pacjenta. Należało w sprawie przywrócić akcję serca i wtedy kontynuować przygotowanie do operacji. W opinii biegłego stan pacjenta po przywiezieniu go na Izbę Przyjęć w N. dawał szansę na przeżycie. Stwierdził, że szansę były minimalne, co wynikało z zatrzymania krążenia. Podkreślił jednak, że takie były. Co więcej, w jego opinii sala operacyjna w N. spełniała podstawowe warunki do zatrzymania utraty krwi, dalsze leczenie zaś zależało od stanu pacjenta po operacji. Należy stanowczo zaznaczyć, iż w szpitalu w D., po przywiezieniu D. S., podjęto intensywne i niezwłoczne czynności. L. R., zastępca ordynatora oddziału chirurgii ogólnej Szpitala Miejskiego w D. (k. 496v-497v) podał, że przystąpił do badania pacjenta, rana uda była zabezpieczona opatrunkiem uciskowym, choć spod niego sączyła się krew. Następnie, zawiadomił anesteziologa i blok operacyjnych o potrzebie pilnej operacji. Decyzja o konieczności chirurgicznego zrewidowania rany zapadła równocześnie z pobraniem próbek krwi. Zaznaczył, iż bez żadnych wątpliwości, wspólnie z obecnymi na miejscu lekarzami zdecydował, że pacjenta trzeba jak najszybciej przewieźć na blok operacyjny (k. 873v).

Wstrząs krwotoczny, w jakim był D. S. (1), w chwili przywiezienia na Izbę Przyjęć SPZOZ w N., bez wątpienia był stanem zagrożenia życia. Podkreślić należy, że nawet oskarżony, udzielając pokrzywdzonemu pomocy medycznej, nie kwestionował, że pacjent był w bardzo poważnym stanie, że wymagał operacji i przetoczenia krwi, a jedynie, że ważniejsze niż zaopatrzenie krwawiących naczyń było wyrównanie stanu pacjenta, czyli wyprowadzenie go ze wstrząsu. Przytoczyć w tym miejscu należy opinie biegłych, którzy wskazali, że istotnie, zawsze dąży się do uzupełnienia niedoboru krwi, doprowadzenia do wydolności oddechowej, poprawy stanu krążenia, jednak są sytuacje, w których pacjent musi być operowany natychmiast, jak to ma miejsce w krwotoku, bo jeżeli nie zatrzyma się krwawienia to leczenie polegające na uzupełnianiu utraconej krwi będzie bezskuteczne. W trakcie masażu serca, gdy nie ma możliwości znalezienia i zamknięcia uszkodzonego naczynia, wystarcza zastosowanie ucisku rany, co doraźnie zmniejsza lub nawet zatrzymuje krwawienie. Natomiast po resuscytacji, która przywróciła akcję serca u D. S. (1) nie było już przeszkód w wykonaniu niezbędnego zabiegu, trwale tamującego krwawienie.

Odnosząc się do twierdzenia oskarżonego, iż nie było w tym momencie powodu do natychmiastowej operacji uda, ponieważ nie występowało krwawienie, biegli stanowczo stwierdzili, iż istotnie, u ciężko wykrwawionego rannego, w stanie wstrząsu, z niewyczuwalnym tętnem na tętnicach szyjnych, krwawienie mogło już być niewielkie. W opinii biegłych powyższe nie zmienia faktu, iż odsyłanie rannego ze szpitala, nawet do nieodległego innego szpitala, bez pewnego zabezpieczenia źródła krwotoku było niewłaściwe. Biegły A. W. wskazywał, iż w związku z tym, że nie podjęto się operacji, to sposób zabezpieczenia rany, jak setony, gaziki i opatrunek był nieprawidłowy.

Z karty odmowy pacjenta i wyjaśnień oskarżonego wynika rozbieżność w zakresie czynności wykonywanych przez R. P.. W karcie odmowy odnotowano, iż poprawiono jedynie opatrunek na lewym udzie, który to został założony przez zespół ratownictwa medycznego. W wyjaśnieniach, oskarżony R. P. stwierdził, że skontrolowano rany. Sąd przyjął za wiarygodne wyjaśnienia oskarżonego odnośnie skontrolowania rany, mając jednakże na uwadze zastrzeżenie biegłego, iż to co zostało określone jako rewizja rany, nie zawiera podstawowego elementu, jakim jest odsłonięcie naczynia i zatrzymanie utraty krwi z naczynia. Wyjaśnienia oskarżonego dotyczące sposobu zaopatrzenia rany zostały uznane za wiarygodne, albowiem znalazły potwierdzenie m. in. w zeznaniach M. Z., anestezjologa ze szpitala w N.. Świadek widział jak oskarżony ranę skontrolował, tzn. odwinął z bandaża, usunął gaziki, coś przy niej robił, ponownie zaopatrzył gazikami i zabandażował (517-519v). Także świadek E. S. (1)- pielęgniarka ZOZ N. (k. 547-549) zeznała, że w trakcie czynności na Izbie Przyjęć w N. oskarżony R. P. badał rany, zaznaczyła, że nie były one duże. Sprawdzał ich głębokość, do środka włożył gaziki i ponownie założył opatrunek uciskowy. Na okoliczność faktu założenia pierwszego opatrunku oraz kwestii zaopatrzenia rany wiarygodnie zeznała świadek W. S. (1) – pielęgniarka z ZOZ w N. (k. 533-539), członek zespołu karetki S. Podała, że w mieszkaniu, w którym znajdował się pokrzywdzony, bezpośrednio po przyjeździe karetki, założono pokrzywdzonemu opatrunek uciskowy w postaci 2-3 gazy bezpośrednio na rany i obandażowano bandażem elastycznym. Zaś w czasie przejazdu z N. do D. pacjent znowu zaczął krwawić, wtedy w karetce dołożyli jeszcze jeden opatrunek uciskowy. Określiła, że wszyscy byli „wściekli”, że pacjent nie został w N. (k. 538). Świadek podała, że rzeczywiście rana była zabezpieczona, jednak nie było to wystarczające, gdyż za właściwe i wystarczające oceniła by chirurgiczne opracowanie rany.

Biegli stwierdzili stanowczo, iż odmowa podjęcia leczenia chorego we wstrząsie krwotocznym z niezaopatrzonymi ranami kłutymi, była postępowaniem nieprawidłowym, wyczerpującym znamiona błędu medycznego.

Podkreślić należy, że decyzja ta budziła od początku wiele kontrowersji w środowisku medycznym. Zwłaszcza wzbudziła gwałtowny sprzeciw u lekarzy z D. już od momentu otrzymania wiadomości o transporcie pokrzywdzonego z N.. Zeznania pracowników szpitala z N. także świadczą o tym, że decyzja o przewiezieniu pokrzywdzonego do D. nie spotkała się z uznaniem środowiska i to zarówno lekarzy – P. K. oraz pielęgniarek – E. S. i ratowników medycznych. Już tylko na marginesie wskazać należy, że brat pokrzywdzonego zeznał, iż po przyjeździe do D., gdy dowiedział się o śmierci brata, usłyszał od lekarza odpowiedzialnego za (...), że przyczyną zgonu brata było wykrwawienie, brat przyjechał źle opatrzony, opatrunki, które miał w drodze, zsunęły się, otrzymał także informację, iż według lekarza brat nie nadawał się do transportu i powinien być zszyty w N. (k. 480v-481v). Świadek E. S. (1)- pielęgniarka ZOZ N. (k. 547-549) podała, że słyszała jak P. K. próbował przekonać oskarżonego R. P., aby pacjent został w N. z uwagi na jego stan. Pamiętała, iż były rozmowy, że pacjent może nie przetrwać transportu. Nie potrafiła jednak podać kto dokładnie mówił na ten temat. Świadek P. K. wskazał, że (k. 541-543v) po przywróceniu krążenia u pacjenta w N. padło ze strony R. P. sformułowanie, że trzeba pacjenta przewieźć na (...). Świadek zeznał, że on sam prosił co najmniej trzykrotnie o przetoczenie krwi pacjentowi. W odpowiedzi otrzymywał taką samą informację, że pacjenta należy przenieść na (...). Świadek podał, że próbował pertraktować, aby przetoczyć pacjentowi chociaż dwie jednostki krwi.

Dodatkowo decyzja oskarżonego R. P. oceniona została negatywnie przez konsultantów Funduszu. W ich ocenie, biorąc pod uwagę potencjał, jaki posiadał szpital w N., należało podjąć czynności związane z rewizją ran kłutych, a dopiero następnie podjąć decyzję o transporcie. Świadek K. J.- Kierownik D. Kontroli (...) Umów na Świadczenia (...) w O. podkreślił, że sposób zaopatrzenia rany, jaki wykonano na izbie przyjęć, nie doprowadził do zatrzymania krwotoku, pacjent obficie krwawił w trakcie transportu, co pogarszało jego stan kliniczny. Świadek podkreślił, że z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości w Szpitalu w N. nałożono karę pieniężną w wysokości 17.681,30 zł a także złożono zawiadomienie do Prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracowników ZOZ w N. (k. 487-489). Co do należytego trybu postępowania z pacjentem nie miał wątpliwości A. K. (1) – lekarz z ZOZ w D. (k. 508v-509v, k. 874). W dniu zdarzenia miał dyżur jako chirurg urazowy na oddziale (...) w D.. Zeznał, że D. S. (1) przywieziony został zakrwawiony, z opatrunkiem uciskowym na udzie, pomimo tego był cały we krwi. Stwierdził, że podjęto decyzję o jak najszybszej rewizji rany. W międzyczasie zostały wykonane wszystkie inne czynności, takie jak pobranie krwi na oznaczenie grupy i inne badania, zesła anestezjolog. Lekarz A. K., opisując swoją reakcję na przywiezienie pacjenta w takim stanie z N., zeznał, że w tamtym momencie nie zastanawiał się

nad przyczyną przywiezienia pacjenta do D., gdyż był zajęty wykonywaniem czynności przy pacjencie. Jednak sam fakt przywiezienia tego pacjenta, w takim stanie, zdziwił go. Nie miał on bowiem urazu głowy czy innego, gdzie jest potrzebna głębsza diagnostyka, np. badanie tomograficzne. Podał, że w jego ocenie rewizja rany u tego pacjenta wymagała w tamtym momencie jedynie anestezjologa i lekarza, który jest chirurgiem. Przyznał, że jest to zabieg ciężki ale możliwy dla praktykującego lekarza. Podobnie na fakt przywiezienia pacjenta do D. zareagowała M. W. (1)- anestezjolog z ZOZ z D. (k. 510-512), koncentrując się w pierwszej kolejności na zapewnieniu dostępności sali operacyjnej i krwi. Już wychodząc z oddziału do (...) na wezwanie lekarza chirurga zawiadomiła pielęgniarkę o konieczności przygotowania sali operacyjnej. Podała, że ze szpitala w N. otrzymali bardzo „skąpą” informację o stanie pacjenta. Świadek wskazała na swoją emocjonalną reakcję na przywiezienie pacjenta z N.. W rozmowie z lekarzem z N. zaczęła na niego krzyżeć, gdyż uważała, że pacjent w takim stanie nie powinien być przewożony, powinien być na miejscu zaopatrzony, krwawienie powinno być zatrzymane. Podkreśliła, że szpital w N. nie ma oddziału (...), ale ma stanowisko (...), które w takim wypadku byłoby wystarczające. Świadek wskazała, że po przewiezieniu pacjenta na blok, w międzyczasie dostarczono krew bez próby krzyżowej i aby nie tracić czasu, zaczęli przetaczać krew uniwersalną i osocze. Podała, że od razu jak otrzymała telefon z (...) z wiadomością o przywiezieniu pacjenta poprosiła o przygotowanie krwi uniwersalnej. Podkreśliła, że toczenie krwi nie warunkowało rozpoczęcia zabiegu operacyjnego. Obecnie jest możliwość toczenia krwi zimnej, gdyż po dotarciu do narządów wewnętrznych się ogrzeje (k. 887-887v).

Analizując skutki spowodowane przez odmowę podjęcia chirurgicznego leczenia D. S. (1), biegli stwierdzili, iż brakuje dowodu na przyczynienie się powyższego zaniechania do wystąpienia skutku śmiertelnego. Tuż po przywiezieniu rannego do szpitala w N., zanim została podjęta decyzja o jego odesłaniu, doszło do zatrzymania krążenia. Po resuscytacji, która także została podjęta przed odmową przyjęcia, pacjent pozostawał głęboko nieprzytomny, z szerokimi źrenicami nie reagującymi na światło. Ten stan utrzymywał się już do końca, co w opinii biegłych wskazuje, że już pierwsze zatrzymanie krążenia spowodowało nieodwracalne uszkodzenie mózgu. Nie ma bezwzględnej pewności, że stan pacjenta już od tego momentu był beznadziejny, w opinii biegłych mimo wszystko istniały pewne szanse na wyrównanie tego stanu i przynajmniej częściowy powrót do zdrowia. W opinii biegłych zgodnie z zasadami opiniowania sądowno-lekarskiego w sprawach karnych, brakuje dostatecznych podstaw do przyjmowania związku przyczynowego między zaniechaniem podjęcia leczenia operacyjnego w N. a zgonem D. S. (1). Zgodnie z wnioskami wskazanymi w omówionej wyżej opinii odmowa przyjęcia i skierowanie rannego do innego szpitala narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w rozumieniu art. 160 kk. Dokonując analizy czasowej działania R. P. zaznaczyć należy, że decyzja o przewiezieniu pacjenta spowodowała odsunięcie w czasie zabiegu operacyjnego o około pół godziny. Biegli wskazali, że co prawda sam przejazd do D. trwał 5-10 minut, jednak po przyjeździe do tamtejszego szpitala, pacjent musiał być ponownie badany przez kolejnych lekarzy i przygotowywany do operacji. Gdyby podjęto się leczenia w N., operacja mogła się rozpocząć około godziny czwartej, podczas gdy zaczęła się o 4.35. Niezależnie od zwłoki czasowej, przewożenie karetką pacjenta u którego już raz wystąpił epizod zatrzymania krążenia, narażało go na to, że kolejne pogorszenie może nastąpić nie w szpitalu ale w karetce, gdzie są dużo gorsze warunki do reanimacji i intensywnej terapii. Podjęcie decyzji o przewozie pacjenta stanowiło dla niego większe ryzyko niż podjęcie leczenia na miejscu, zatem narażało go na niebezpieczeństwo (opinia k. 461- 465).

W toku czynności kontrolnych, K. J. działający z ramienia (...), stwierdził uchybienie w postaci opóźnienia w wysłaniu karetki pogotowia o około 2-3 minuty. Jednak z opinii uzupełniającej biegłych lekarzy wynika, że jeżeli w istocie doszło do zaniedbania organizacyjnego w pogotowiu ratunkowym, to nie miało ono wpływu na przebieg niniejszej sprawy. Gdyby karetka przybyła o 2-3 minuty wcześniej to i tak, w opinii biegłych, podjęto by jedyną możliwą decyzję o przywiezieniu pacjenta do szpitala w N.. W tym czasie wykonano by wobec pacjenta te same czynności medyczne- założenie opatrunku, założenie wkłucia dożylnego, rozpoczęcie podawania płynów i tlenu przez maskę. Do zatrzymania krążenia doszło by zatem prawdopodobnie o tej samej godzinie, czyli nie w 5, ale w 7-8 minut po przyjęciu, a dalsze czynności byłyby już takie same. W opinii biegłych brakuje podstaw do przyjmowania, że wyjazd karetki 2-3 minuty po zawiadomieniu, narażał D. S. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

W podnoszonej w toku postępowania kwestii braku wkłucia oraz braku intubacji pokrzywdzonego w mieszkaniu, Sąd uznał za wiarygodne i zasługujące na uwzględnienie wersję P. K. (1), lekarza, będącego członkiem załogi karetki S wyjeżdżającej w dniu 24 marca 2012 r. do D. S. (1) (k. 500-502). Po dojechaniu na miejsce zdarzenia lekarz i ratownicy zastali młodego mężczyznę leżącego w wąskim korytarzu, na wznak, głową skierowanego do wejścia. Znaleźli ranę wysoko na udzie, w tym momencie nie krwawiła. Świadek zeznał nawet, że wzbudziło to jego zdziwienie, iż taka ilość krwi, jaką zastali na miejscu, pochodzi z rany pokrzywdzonego. Opisując stan pokrzywdzonego podkreślił, iż był on nieprzytomny, na własnym oddechu, wykonywał drobne ruchy głową, wydawał nieartykułowane dźwięki. Stan pacjenta określił jako ciężki, gdyż był on skrwawiony. Następnie podał, że obecna na miejscu pielęgniarka podjęła próbę wkłucia, ale przekazała mu informację, że nie może się wkłuć. Świadek stwierdził, że naczynia pokrzywdzonego były zapadnięte, nie było widać żadnego naczynia. Próbował zaintubować pacjenta, jednak nie było to możliwe z uwagi na to, że pacjent zaciskał szczękę, wykonywał ruchy obronne. Wyjaśnił, iż nie podjął decyzji o podaniu leków zwiotczających, gdyż byłoby to ryzykowne ze względu na stan w jakim się znajdował. W celu zabezpieczenia drożności dróg oddechowych założył rurkę ustno- gardłową. Z jego relacji wynika, iż nie podjął decyzji o przewiezieniu pacjenta bezpośrednio do (...) w D., gdyż stan wymienionego był bardzo ciężki i w jego ocenie w pierwszej kolejności wymagał przetoczenia krwi, co było możliwe w pobliskiej N.. Świadek podał, że pamięta, jak pacjent po dowiezieniu na izbę został przełożony na łóżko. Świadek usiadł z tyłu, a w tym czasie oskarżony badał pacjenta, który w tamtym momencie wykonał ruch zgięciowy ręką, w obrębie stawu łokciowego. Według świadka świadczyło to o tym, że nie było śmierci mózgowej. Świadek podał, że na izbie wykonał trzecią próbę intubacji, po próbach w mieszkaniu i w karetce, tym razem skuteczną. Oceniał, iż była ona skuteczna, ze względu na większe możliwości dotarcia do pacjenta niż w mieszkaniu lub karetce.

Do tej okoliczności odnieśli się biegli, którzy wskazali, że uwaga kontrolera z NFZ o konieczności intubacji w czasie udzielania pomocy przez zespół wyjazdowy nie uwzględnia trudności zaistniałych w czasie prób intubacji. W sytuacji ciężkiego wstrząsu krwotocznego, gdzie niezbędne było jak najszybsze zatrzymanie krwotoku, możliwe jedynie w warunkach sali operacyjnej zaniechano dalszych prób intubacji dotchawiczej i zapewniono drożność dróg oddechowych za pomocą rurki ustno- gardłowej. Stwierdzić należy, iż stanowisko biegłych lekarzy uwzględniało specyfikę sytuacji i zasługuje ono na podzielenie jako wiarygodne i logiczne. Podobnie trzeba odnieść się do kwestii założenia drugiego wkłucia do żyły. Biegli w opinii uzupełniającej stanowczo stwierdzili, iż analiza postępowania załogi karetki pogotowia oraz osób zajmujących się D. S. (1) w Szpitalu w D. nie daje podstaw do uznania, że doszło do nieprawidłowości, zaniedbań lub uchybień w procesie diagnozowania i czynności medycznych podjętych wobec pacjenta. Świadek K. J. – kierownik działu kontroli NFZ również zajął stanowisko, iż w D. nie stwierdzono nieprawidłowości, zaś po okazaniu nagrań z rejestratora rozmów z k. 127v i dalej, wymieniony zeznał, iż informacja przekazana przez dyspozytorkę pogotowia w N. była wystarczająca na tym etapie dla szpitala w D., aby postawić w stan wzmożonej gotowości pracowników tego szpitala (k. 487-489). Przychylić należy się do wniosku biegłych, iż groźba śmierci D. S. (1) w okresie po zatrzymaniu krążenia i resuscytacji, nie wynikała z obciążeń związanych z wykonywaniem znieczulenia ogólnego i zabiegu operacyjnego, ale ze wstrząsu krwotocznego. Świadek M. Z. (1) stwierdził jednoznacznie, iż z jego punktu widzenia, jako anestezjologa, pacjent w N. mógł być znieczulony do operacji ze wskazań życiowych. Świadek podał, że możliwy był taki scenariusz, że pacjent zostałby przetransportowany na blok w N., zoperowany i umieszczony na stanowisku (...), znajdującym się przy bloku (k. 517-519v). Jego twierdzenie koresponduje z opinią biegłych lekarzy oraz zeznaniami świadka K. J., z których wynika niezbicie, że w Szpitalu w N. była możliwość przeprowadzenia operacyjnego zatrzymania krwawienia u pokrzywdzonego.

Oskarżony R. P. stwierdził, że zrezygnował z zabiegu ponieważ uznał, że pilniejsze niż zamknięcie krwawiącego naczynia, jest wyprowadzenie pokrzywdzonego ze wstrząsu na Oddziale (...). Jednak z opinii biegłych lekarzy wynika, że o ile wstrząs pochodzenia innego niż krwotoczny istotnie najskuteczniej może być leczony w Oddziale Intensywnej (...), o tyle wstrząs krwotoczny wymaga nie tylko wypełniania płynami łożyska naczyniowego, farmakologicznej regulacji układu krążenia, czy monitorowania poszczególnych układów i narządów. W realiach niniejszej sprawy, według biegłych, nie ma wątpliwości, iż podstawą leczenia wstrząsu krwotocznego oprócz uzupełniania utraconej krwi było zatrzymanie krwawienia, gdyż leczenie wstrząsu będzie bezskuteczne, jeżeli będzie trwał krwotok. Wstrząs krwotoczny jest jednym z wyjątków, nakazujących wykonywanie nawet ciężkiego zabiegu zatrzymania krwawienia

pomimo braku wyrównania układu krążenia. W tej zatem sytuacji w opinii biegłych, ciężkość stanu pacjenta nie uzasadniała decyzji o odmowie przyjęcia do Szpitala w N. i jego transporcie do Oddziału (...) w D.. Biegli stwierdzili, iż decyzja ta była nieprawidłowa, nosiła znamiona błędu medycznego i skutkowała narażeniem D. S. (1) na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (k. 541-543v). Z ich wnioskami korespondują relacje świadków P. K., W. M. i W. S.. Lekarz P. K. podał, że po przywróceniu krążenia u pacjenta w N. padło sformułowanie, że trzeba go przewieźć na (...). On sam prosił co najmniej trzykrotnie o przetoczenie krwi. W odpowiedzi otrzymywał taką samą informację, iż pacjenta należy przenieść na (...). Próbował on pertraktować, aby przetoczyć pacjentowi chociaż dwie jednostki krwi. Świadek podał, że w tamtym czasie nie było możliwości przetoczenia krwi na izbie, zaś pacjent musiał być przyjęty na oddział. Świadek podał, że ze względu na stan pacjenta bał się go wziąć do karetki. W dalszej kolejności (k. 667-668) podkreślił, że w sytuacji pokrzywdzonego, najpilniejszą sprawą było przetoczenie krwi, gdyż był on skrwiawiony. Świadek podał, że nie ma procedury toczenia krwi na izbie przyjęć, że trzeba go gdzieś przewieźć na oddział. Wskazał, że można było taką procedurę prowadzić zaś w międzyczasie dopełnić formalności. Wymagane jednak było zlecenie na takie czynności od lekarza oddziałowego. Odnośnie procedury wydania krwi świadek podał, że może być wydana formalnie przez osobę uprawnioną. Według P. K., w nocy po przyjęciu pacjenta nie było w ogóle mowy o tym, że może być problem z dotarciem takiej osoby do szpitala. W ocenie wymienionego świadka lepszym rozwiązaniem dla pacjenta byłoby pozostawienie go na czas oczekiwania w N. niż transport do D., nawet gdyby czas przewozu był porównywalny (k. 874v- 875v). Analizując przypadek medyczny pokrzywdzonego, biegli podkreślili, że leczenie wstrząsu krwotocznego musi być prowadzone dwutorowo. Należy bowiem dążyć do jak najszybszego wypełnienia łożyska naczyniowego. W tym celu przetacza się roztwory soli oraz płyny krwiozastępcze. Wypełniają one łożysko naczyniowe, jednak nie dostarczają nośnika tlenu jakim jest hemoglobina. Z tego powodu konieczne jest również przetoczenie krwi, co jednak jest możliwe w dalszej kolejności, ze względu na niezbędne próby określające zgodności przetaczanej krwi. Z uzyskanych od biegłych informacji wynika, że przetaczanie krwi jest nieodzownym elementem leczenia wstrząsu krwotocznego, jednak nie może ono odsunąć na dalszy plan zatamowania krwawienia. Wstrząs krwotoczny w niniejszym przypadku rozwinął się w bardzo krótkim czasie po zdarzeniu, co świadczyło o uszkodzeniu dużego naczynia krwionośnego.

Podkreślić należy, iż oczekiwanie nawet 15 minut na osobę upoważnioną do wydawania preparatów krwiopochodnych, to czas równy lub nawet krótszy niż transport do odległego szpitala, zaś ten czas można było wykorzystać do rozpoczęcia przygotowań do operacji. Tym samym w opinii biegłych konieczność oczekiwania na osobę dyżurującą pod telefonem nie uzasadniała decyzji o odesłaniu D. S. (1) do D..

Decyzji o zwłoce nie uzasadniał nawet brak krwawienia z rany, gdyż był najprawdopodobniej skutkiem wstrząsu, czyli stanu, w którym nie tylko spada ciśnienie tętnicze, ale także zmniejsza się przepływ krwi przez narządy. Dlatego w miarę krwawienia objętość krwi krążącej w naczyniach jest coraz mniejsza, ciśnienie coraz niższe, przepływ krwi przez naczynia coraz wolniejszy, tym samym wypływ krwi z rany zmniejsza się, a nawet całkowicie ustaje. Z zapisów dokumentacji Pogotowia wynika, że ciśnienie po resuscytacji istotnie się podniosło, ale tylko do 80 mmHg. Podniesienie ciśnienia tętniczego do wysokości 80/50 jak wskazano w dokumentacji, przy tętnie 170/min, jest nadal kwalifikowane jako stan wstrząsu, który nadal pozostaje podstawowym wytłumaczeniem braku krwi z rany. Biegli podkreślili, że uzasadnieniem do odroczenia zabiegu operacyjnego byłby dopiero brak krwawienia, przy rzeczywiście wyrównanym krążeniu.

Opinia biegłych lekarzy koresponduje z tokiem postępowania wobec pokrzywdzonego w szpitalu w D.. Mimo braku wyników próby krzyżowej, lekarze w D. przystąpili do operacji. Pacjentowi podano płyny, a następnie krew uniwersalną i dopiero potem krew ustaloną w wyniku próby krzyżowej.

Odnosząc się do wyjaśnień oskarżonego, w których utrzymywał, iż transport pokrzywdzonego karetką S do D. gwarantował bezpieczeństwo porównywalne do sali operacyjnej, w pełni uzasadnione jest sformułowanie tezy, iż już tylko zasady doświadczenia życiowego nakazują stwierdzenie, że nawet bardzo dobrze wyposażona karetka, służy jedynie do tymczasowego prowadzenia intensywnej terapii, w ograniczonym zakresie. Potwierdza to stanowisko biegłych lekarzy, którzy podnieśli, iż w karetce można podawać płyny dożylnie, prowadzić oddech zastępczy respiratorem, zastosować defibrylację, podawać niektóre leki. Przy braku jakichkolwiek komplikacji transport

jest bezpieczny, jednak jeżeli przewożony pacjent jest w ciężkim stanie, w każdym momencie mogło dojść do niebezpiecznych powikłań. W razie zatrzymania krążenia prowadzenie masażu serca w jadącej karetce jest utrudnione, ponieważ ruchy pojazdu ograniczają skuteczne działanie ratownika, na ogół konieczne jest wtedy zatrzymanie karetki. Wnętrze nawet dużej karetki jest niewielkie, wszystkie czynności wykonywane wokół pacjenta są utrudnione. W razie nieprzewidzianych powikłań, np. wysunięcia rurki intubacyjnej, wypadnięcia wkłucia, załoga nie może liczyć na wezwanie anestezjologa czy dodatkowych pielęgniarek. Wyposażenia karetki w żaden sposób nie można porównywać do wyposażenia sali reanimacyjnej w szpitalu.

Biegli wskazali, iż rzeczywiście warunki leczenia w Szpitalu w D. są być może lepsze niż w Szpitalu w N., ale jeszcze lepsze byłyby w najbliższej klinice uniwersyteckiej. Nie oznacza to, że pacjent powinien być wieziony do kliniki, ale powinien być leczony tam, gdzie warunki były wystarczające, przy jak najkrótszym transporcie. W dalszej kolejności biegli podkreślili, że do skutecznego leczenia wstrząsu krwotocznego niezbędne są: możliwości przetaczania płynów i krwi, zapewnienie wentylacji płuc oraz sala operacyjna pozwalająca na chirurgiczne zatrzymane krwotoku. Takie warunki spełniał Szpital w N.. Na marginesie należy zaznaczyć, iż taki obowiązek wynika z przytoczonego wcześniej Regulaminu obowiązującego w szpitalu w N.. Paragraf 16 ust. 1 pkt B tego aktu stanowi, że w ramach oddziałów szpitalnych funkcjonuje oddział chirurgii ogólny, zaś w pktu C: w ramach bloku operacyjnego funkcjonuje sala intensywnej opieki medycznej (Regulamin k. 422v).

Dalszy transport w opinii biegłych byłby dopuszczalny dopiero po opanowaniu krwotoku i stabilizacji krążenia. Biegli wskazali, że w przypadku D. S. (1) niezbędnym elementem leczenia wstrząsu było możliwie najszybsze operacyjne zatrzymanie krwawienia. W tym zakresie w opinii biegłych nie ma podstaw do twierdzenia, że chirurgiczne opanowanie krwotoku operacyjnego oraz przetaczanie krwi, zostaną w N. wykonane mniej sprawnie niż w D.. Biegli stwierdzili, iż decyzja o rezygnacji z wykonania w N. zabiegu operacyjnego trwale hamującego utratę krwi i zlecenie przewiezienia pacjenta do szpitala w D., narażała go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (k. 804-807v).

Zaznaczyć należy, że osobą uprawnioną do podjęcia decyzji o przeprowadzeniu pilnego przetoczenia krwi jak również zlecenia niezbędnych badań w tym zakresie jest lekarz. (§ 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią.) Do wydania krwi i preparatów krwiopochodnych na zlecenie lekarza uprawniony jest personel Pracowni Serologicznej Laboratorium (...). W Szpitalu ZOZ N. zapewnione jest całodobowe zabezpieczenie tego personelu, poza godzinami podstawowego zabezpieczenia, personel pełni dyżur pod telefonem – powiadamia telefonicznie pielęgniarka izby przyjęć, maksymalny czas dotarcia do szpitala wynosi 15 minut. Zabieg przetoczenia krwi mógł więc być przeprowadzony przez lekarza dyżurującego. Z informacji uzyskanych z ZOZ N. wynika, że w pełni zabezpieczony był stan banku krwi (k. 685-739, dyplomy i zaświadczenia personelu k. 740-745-770). Odnośnie czasu trwania takiej procedury wypowiedział się A. P. (k. 886v- 887). Z jego relacji wynika, że znaczenie krwi pacjenta standardowo trwa do 3 kwadransów, zaś od chwili zlecenia do przetoczenia krwi około godziny. Procedura wygląda w ten sposób, że lekarz, który zleca toczenie krwi zleca wezwanie serologa. I to lekarz, który zajmuje się bezpośrednio pacjentem decyduje o konieczności przetoczenia krwi. Czas podania krwi uniwersalnej to czas wydania tej krwi i ewentualnego doprowadzenia do temperatury właściwej, czyli kilkanaście minut. Uwzględniając czas pobytu pokrzywdzonego w Izbie Przyjęć szpitala w N. stwierdzić trzeba, że osoba pełniąca dyżur w Pracowni Serologicznej tego szpitala miała możliwość dotarcia do szpitala i rozpoczęcia oznaczania krwi w czasie jego pobytu w Izbie Przyjęć. Z samych wyjaśnień oskarżonego i karty odmowy przyjęcia wynika, że resuscytacja pokrzywdzonego trwała ok. 35 minut. Znajduje to potwierdzenie w godzinie przybycia do Izby Przyjęć – 02:41 oraz godzinie wyjazdu karetki S do D. – 03:35.

Sąd uznał za wiarygodne i nie budzące wątpliwości zgromadzone w sprawie dokumenty, w tym materiały wyłączone z akt śledztwa w sprawie Ds. 315/13, pisma i dokumenty z przeprowadzonej kontroli, dokumentację medyczną, historię choroby, zapisy rozmów z rejestratora, protokół oględzin i otwarcia zwłok, kserokopie ekspertyz. Dokumenty te wzajemnie się uzupełniają i korespondują z relacjami świadków, a w szczególności P. K., W. M., W. S., L. R., A. K.,

M. W., M. Z.. Dokumenty te nie były w postępowaniu kwestionowane. Sąd nie znalazł żadnych podstaw do tego, aby odmówić im wiarygodności.

W zakresie kwalifikacji prawnej czynu przypisanego oskarżonemu Sąd zważył, co następuje:

Przeprowadzone na rozprawie dowody wykazały, że oskarżony R. P. (1) swoim zachowaniem wyczerpał znamiona występku określonego w art. 160 § 2 k.k. Przepięstwo to może być popełnione zarówno przez działanie, jak i zaniechanie. Należy ono do grupy tzw. przestępstw z narażenia konkretnego. Bezpośredniość niebezpieczeństwa należy wiązać nie tyle z bliskością czasową skutku mogącego nastąpić w związku z rozwojem sytuacji, a z takim stanem, gdy nieuchronnym następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się jakichś nowych czynników „dynamizujących”, jest niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia (M. Budyn-Kulik, Komentarz do art. 160 k.k., [w:] M. Mozgawa (red.) i in., Kodeks karny. Komentarz praktyczny, Oficyna 2007, wersja Lex 41/2010, teza. 3). Decyzja o rezygnacji z wykonania w N. zabiegu operacyjnego trwale hamującego utratę krwi i zlecenie przewiezienia D. S. (1) do szpitala w D., narażała go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Wynika to jednoznacznie z opinii biegłych lekarzy, a także faktu, iż pomimo założenia przez oskarżonego opatrunku uciskowego, uzupełniania płynów dożylnie, pokrzywdzony w trakcie transportu do szpitala w D. znowu krwawił. Świadczy to o tym, że „opatrzenie rany” przez oskarżonego było niewystarczające, ponieważ nie zamknął on krwawiących naczyń.

Występek określony w art. 160 § 2 k.k. jest przestępstwem indywidualnym niewłaściwym, gdyż popełnić je może tylko gwarant. Takim gwarantem jest niewątpliwie lekarz udzielający pomocy pacjentowi, gdyż szczególnie obowiązek opieki wynika z Ustawy z dnia 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. - Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857). Zgodnie z art. 4 tej ustawy każdy lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Szczegółowe zasady wykonywania zawodu lekarza zostały określone w rozdziale 5 wskazanej ustawy. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w szczególności możliwości odmowy przyjęcia do szpitala określa Regulamin porządkowy Zespołu (...) w N.. W wymienionym akcie wskazano, iż podstawowym zadaniem Zespołu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych (...) § 9 ust. 1 : Zespół (...) nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Ust. 7; odmowa przyjęcia może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki, a brak hospitalizacji nie spowoduje dla pacjenta niebezpieczeństwa – w szczególności utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub pogorszenia stanu zdrowia, w następujących przypadkach: 1) brak wskazań lekarskich do hospitalizacji, 2) brak zgody pacjenta na hospitalizację – w każdym przypadku z wyjątkiem sytuacji przewidzianych w obowiązujących przepisach dotyczących hospitalizacji bez wymaganej zgody, 3) braku wolnych miejsc w Szpitalu 4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielania przez Szpital świadczeń.

Ust. 1: Zespół przyjmuje pacjentów skierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od posiadania wolnych miejsc. Pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, przyjmowani są natychmiast.

Z opinii biegłych lekarzy oraz ustaleń kontroli NFZ wynika, że warunki ZOZ w N. spełniały wymogi do przeprowadzenia wymaganej dla D. S. (1) procedury medycznej, o czym była mowa wyżej.

W ocenie Sądu działanie oskarżonego R. P. było ewidentnie umyślne, dokonane w zamiarze ewentualnym, obejmowało co najmniej godzenie się z tym, że jego decyzja o nie przyjęciu pokrzywdzonego do szpitala narażała go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Oskarżony zdawał sobie sprawę ze stanu medycznego pokrzywdzonego - postawił prawidłowe rozpoznanie. Nie miał wątpliwości, iż znajduje się on we wstrząsie krwotocznym, nie miał wątpliwości także że konieczne jest przetoczenie krwi i chirurgiczne zaopatrzenie rany. W realiach niniejszej sprawy, biorąc pod uwagę niekwestionowaną wiedzę i autorytet oskarżonego jako lekarza,

nie możliwym byłoby przyjęcie, iż nie potrafił lub też nie był w stanie wskazać właściwego toku postępowania związanego ze stanem pacjenta, który znajdował się we wstrząsie krwotocznym.

W konsekwencji nie budzi wątpliwości, iż w dniu 24 marca 2012 roku w Zespole (...) w N., woj. (...) - (...), oskarżony R. P., będąc lekarzem specjalistą z zakresu chirurgii, pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego na Oddziale (...) Ogólnej tamtejszej placówki, wbrew wynikającemu z treści art. 4 i art. 30 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 nr 277, poz. 1634 j.t. ze zm.) ciążącemu na nim obowiązkowi opieki nad przywiezionym przez Zespół (...) pacjentem D. S. (1), naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia w ten sposób, że po przetransportowaniu pokrzywdzonego w trybie pilnym przez zespół pogotowia ratunkowego, z rozpoznaniem ran kłutych kończyny lewej oraz wstrząsu krwotocznego i przekazaniu go ze skierowaniem do oddziału chirurgii celem dalszego leczenia, pomimo istnienia bezwzględnych wskazań do niezwłocznego zabiegu chirurgicznego nie podjął skutecznych działań zmierzających do przeprowadzenia natychmiastowej operacji mającej na celu zrewidowanie ran i trwałe zatamowanie krwawienia i takiego zabiegu nie wykonał mimo posiadanych przez ZOZ w N. możliwości technicznych i leczniczych oraz mając świadomość stanu zagrażającego życiu pacjenta, pomimo zaistniałego w międzyczasie epizodu nagłego zatrzymania krążenia przywróconego u pacjenta w drodze akcji resuscytacyjnej, odmówił jego przyjęcia do szpitala zalecając przewiezienie pokrzywdzonego na Oddział Intensywnej (...) innej placówki medycznej, pomniejszając tym samym i ograniczając jego szanse lecznicze, w tym na uratowanie życia, czym wypełnił znamiona przestępstwa z art. 160§2 kk.

Warto zwrócić uwagę, że w świetle poglądów judykatury brak możliwości przypisania odpowiedzialności za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie wyklucza możliwości ustalenia narażenia na powstanie takiego skutku (OSNKW 2007, z. 2, poz. 18). Stanowisko to SN potwierdził w postanowieniu z dnia 24.11.2009 r. sygn. II KK 39/09 (Biul. PK 2001, nr 1, poz. 19). Z podobną sytuacją mamy do czynienia przy ocenie zachowania oskarżonego R. P.. Jak wynika z opinii biegłych, w sprawie brak jest dostatecznych podstaw do tego, aby przyjąć związek przyczynowy pomiędzy zaniechaniem podjęcia leczenia operacyjnego w N. a zgonem D. S. (1). Niemniej jednak sama decyzja o rezygnacji z wykonania w N. zabiegu operacyjnego trwałe hamującego utratę krwi i zlecenie przewiezienia pacjenta do szpitala w D., narażała go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Wymierzając oskarżonemu karę Sąd miał na uwadze całokształt okoliczności zarówno łagodzących jak i obciążających, w szczególności stopień społecznej szkodliwości popełnionego przez niego czynu i stopień winy. Oskarżony jest praktykującym lekarzem z wieloletnim stażem, doskonale zdaje sobie sprawę z obowiązujących standardów leczenia, norm przewidujących możliwość i przesłanki nie przyjęcia pacjenta do szpitala i ich konsekwencje ich nieprzestrzegania. Uznać należy, że można i należy przypisać mu winę. W tym miejscu należy jeszcze raz podkreślić, że oskarżonemu nie można zarzucić spowodowania skutku w postaci śmierci pokrzywdzonego, a jedynie odpowiada on za narażenie pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, i to w tym kontekście powinna być oceniana społeczna szkodliwość jego czynu.

Mając powyższe na uwadze, zarówno okoliczności popełnienia zarzucanego oskarżonemu czynu, jak i jego wina nie budzą wątpliwości.

Określając wysokość kary, Sąd uwzględnił również cele zapobiegawcze i wychowawcze kary w stosunku do sprawcy, a ponadto potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa.

Jako okoliczność obciążającą Sąd uwzględnił działanie na szkodę dobra zasługującego na szczególną ochronę, jak zdrowie człowieka. Naruszył też obowiązki lekarza jako gwaranta wynikające z ustawy o zawodzie lekarza i Regulaminu porządkowego obowiązującego w szpitalu w N..

Jako okoliczności łagodzące Sąd uwzględnił dotychczasową niekaralność oskarżonego oraz stabilny tryb życia. Podkreślić przy tym należy, że czyn przypisany oskarżonemu ma wprawdzie charakter umyślny, ale jednak oskarżony dążył do uratowania pacjenta, zaś dynamiczny charakter akcji ratunkowej stanowi okoliczność łagodzącą, podobnie jak dotychczasowa niekaralność oskarżonego. Posiada on także bardzo dobrą opinię w środowisku.

Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd uznał, że adekwatną reakcją prawno- karną na popełniony przez oskarżonego czyn zabroniony będzie kara pozbawienia wolności w wymiarze 1 roku.

W ocenie Sądu okoliczności popełnienia przez oskarżonego zarzucanego mu czynu, jego dotychczasowy sposób życia uzasadniają przekonanie, że warunkowe zawieszenie wykonania kary na okres próby w wymiarze lat 3 będzie wystarczające dla osiągnięcia celów kary, a w szczególności zapobieżenia powrotowi do przestępstwa. W zakresie prewencji indywidualnej, w ocenie sądu, już samo przeprowadzenie postępowania karnego i stwierdzenie winy jest dla oskarżonego dolegliwością. W konsekwencji warunkowe zawieszenie wykonania orzeczonej kary pozbawienia wolności zapewni przestrzeganie porządku prawnego w przyszłości.

Jako wzmocnienie realnej dolegliwości wynikającej ze skazania, orzeczono karę grzywny, w stawkach odpowiadających stopniowi zawinienia i społecznej szkodliwości zarzucanego oskarżonemu czynu. Wysokość stawki uwzględnia możliwości zarobkowe i majątkowe oskarżonego.

Jak podkreślił dyrektor ZOZ w N., czemu Sąd dał wiarę, lek. med. R. P. (1) jako lekarz specjalista z zakresu chirurgii ogólnej jest pracownikiem bardzo potrzebnym w działalności placówki oraz lokalnej społeczności. W swojej karierze zawodowej uratował życie i zdrowie wielu osobom. Obecnie jest jedynym lekarzem w powiecie (...) posiadającym uprawnienia do wykonywania specjalistycznej diagnostyki z zakresu endoskopii. Pozbawienie możliwości dalszej realizacji świadczeń przez R. P. mogłoby spowodować trudności w zapewnieniu koniecznej specjalistycznej kadry, co jednocześnie wiązałoby się z brakiem dostępności do tego typu świadczeń. Lekarz R. P. (1) posiada dobrą opinię w miejscu pracy i w środowisku lokalnym. Na bieżąco doskonali wiedzę poprzez udział w konkursach i szkoleniach. Na przestrzeni lat zdobywał także dodatkowe umiejętności związane z wprowadzeniem nowych technik diagnostycznych i operacyjnych, w tym w szczególności z zakresu endoskopii i laparoskopii.

Uwzględniając sytuację ekonomiczną oskarżonego, Sąd zasądził od oskarżonego na rzecz Skarbu Państwa koszty sądowe w całości.