

## POSTANOWIENIE

Dnia 14 marca 2013 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Wiesław Kozielowicz (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Krzysztof Cesarz

SSN Jarosław Matras

Protokolant Dorota Szczerbiak

przy udziale prokuratora Prokuratury Generalnej Lucjana Nowakowskiego,  
w sprawie J. D., D. D., A. K. i K. S. oskarżonych z art. 160 § 2 kk i inne  
po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie  
w dniu 14 marca 2013 r.,  
kasacji, wniesionej przez Prokuratora Generalnego na niekorzyść  
od postanowienia Sądu Okręgowego w K.  
z dnia 28 czerwca 2012 r.,  
zmieniającego postanowienie Sądu Rejonowego w K.  
z dnia 24 lutego 2012 r.,

**uchyla zaskarżone postanowienie co do rozstrzygnięcia w pkt. II i w tym zakresie sprawę przekazuje do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w K. w postępowaniu odwoławczym.**

### UZASADNIENIE

W subsydiarnym akcie oskarżenia, który wpłynął do Sądu Rejonowego w K. oskarżono:

1) **J. D.** o to, że:

I. w dniach od 22 czerwca 2006 r. do dnia 2 lipca 2006 r. w K., będąc kierownikiem Oddziału Kliniki Kardiologii i Oddziału Klinicznego Szpitala /.../, na którym ciążył szczególny obowiązek opieki nad pacjentem J. Z., naraził go na bezpośrednie

niebezpieczeństwo utraty życia poprzez niedostateczny nadzór nad Oddziałem, polegający na:

- niestosowaniu się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, standardów i procedur Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w całym leczeniu pacjenta J. Z.,
- nieprawidłowej diagnozie i błędnym rokowaniu, co do stanu zdrowia pacjenta J. Z.,
- niewłaściwym uzyskaniu jednorazowej zgody pacjenta J. Z. na przeprowadzenie zabiegów koronarografii bez jego uświadomienia o korzyściach i zagrożeniach tych zabiegów, możliwości skorzystania przez pacjenta z innej metody leczniczej oraz zadecydowania o wyborze sposobu leczenia przez pacjenta,
- dopuszczenie dr D. D., specjalisty chorób wewnętrznych, do samodzielnego podejmowania decyzji w sprawie wyboru metody leczenia, bez konsultacji z kardiologiem i kardiochirurgiem,
- błędzie w kwalifikacji - po koronarografii, w której stwierdzono wielonaczyniową chorobę wieńcową, błędnie zakwalifikowano pacjenta do zabiegów PCI zamiast CABG, niezgodnie z zaleceniami i procedurami,
- niewłaściwym prowadzeniu dokumentacji medycznej, tak w pracowni hemodynamiki. jak i w czasie całej hospitalizacji pacjenta w Klinice Kardiologicznej,
- nieprzestrzeganiu procedur wydawania i dokumentowania ordynowanych leków zlecanych pacjentowi J. Z.,
- niezapewnieniu właściwej osady lekarzy specjalistów kardiologów na dyżurach w Klinice Kardiologicznej,
- niezapewnieniu wyposażenia Kliniki Kardiologicznej we właściwy sprzęt, niezbędny do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, poprzez brak przenośnej butli tlenowej, brak przenośnego monitora, brak windy zapewniającej miejsce dla pełnej obsady zabezpieczającej transport pacjenta do pracowni hemodynamiki (pacjent na łóżku transportowym, lekarz i dwie pielęgniarki nie mieściły się w windzie), brak sali intensywnej terapii,
- zaakceptowaniu, wbrew regulaminowi szpitala, dyżuru K. S. w nocy z 1 na 2 lipca 2006 r. na terenie Kliniki Kardiologii Szpitala /.../ mimo, że będąc zatrudniona na innym Oddziale Kliniki Kardiologii Szpitala nie była uprawniona do pełnienia dyżurów na terenie /.../ Kliniki Kardiologii Szpitala, wskutek czego pacjent J. Z.

zmarł w dniu 2 lipca 2006 r., to jest o czyn z art. 160 § 2 § k.k. w zb. z. art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

2. **D. D.** o to, że:

II. w dniach od 22 czerwca 2006 r. do 2 lipca 2006 r. w K., jako lekarz /.../ Oddziału Kardiologii Szpitala /.../ , pełniący funkcję zastępcy kierownika pracowni hemodynamiki, leczący pacjenta J. Z. w zakresie choroby wieńcowej, na którym ciążył szczególny obowiązek opieki nad pacjentem J. Z., udzielając konsultacji i wykonując zabiegi koronarografii i koronaroplastyki, naraził pacjenta J. Z. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez:

- niestosowanie się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, standardów i procedur Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w całym procesie leczenia pacjenta J. Z.,
- nieprawidłową diagnozę i błędne rokowanie, co do stanu zdrowia pacjenta J. Z., - wykonywanie zabiegów koronarografii i koronaroplastyki, pomimo nieposiadania certyfikatu wydanego przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- błąd kwalifikacji - po koronarografii, w której stwierdzono wielonaczyniową chorobę wieńcową, oskarżony błędnie zakwalifikował pacjenta do zabiegów PCI zamiast CABG, niezgodnie z zaleceniami i procedurami Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- niezlecenie konsultacji kardiologicznej po koronarografii,
- nieprzedstawienie pacjentowi i rodzinie wyników koronarografii i możliwych metod leczenia (zachowawcze PCI oraz chirurgiczne CABG),
- przystąpienie do zabiegu bez uświadomionej pisemnej zgody na którąś z tych metod leczenia,
- przebiecie gałęzi diagonalnej II, skutkujące przedostawaniem się krwi i kontrastu do worka osierdziowego,
- zatajenie przed pacjentem i jego rodziną faktu wielu powikłań w trakcie zabiegu spowodowanych przez operatora w dniu 22 czerwca 2006 r. w postaci powikłania polegającego na pozostawieniu bez leczenia licznych rozwarstwień w tętnicy CX, M 1, M 2 i PTW, oraz powikłania w postaci zespołu no-reflow, bloku P-K, bradykardii i hipotensji, nagłym zatrzymaniu krążenia,
- niezałączenie zapisów EKG do dokumentacji obrazującej przebieg koronarografii (nad każdą klatką filmową winien być zapis EKG, umożliwiający między innymi

- stwierdzenie jak długie było zatrzymanie krążenia, asystolia, częstoskurcz komorowy),
- zatajenie przed pacjentem i jego rodziną faktu wystąpienia zawału okołozabiegowego, a to: podwyższonych enzymów martwicy sercowej (przy przyjęciu pacjenta do Kliniki Kardiologicznej enzymy były prawidłowe), podwyższonych osiemnastokrotnie troponin (przy przyjęciu w normie), podwyższonego CK-MB do 38 ( przy przyjęciu w normie),
  - nieskierowanie pacjenta po pierwszym powikłanym zabiegu do konsultacji kardiologicznej.
  - nieprawidłowe i niedbale prowadzenie dokumentacji w protokole zabiegowym, przystąpienie do zabiegu w dniu 26 czerwca 2006 r. bez uświadomionej i pisemnej zgody pacjenta na ten zabieg.
  - przystąpienie do zabiegu w dniu 26 czerwca 2006 r. bez konsultacji kardiologicznej, w czasie zabiegu doprowadzenie do rozwarstwień w tętnicy wieńcowej LAD, D1 i D2,
  - pozostawienie tych rozwarstwień bez zaopatrzenia i bez leczenia i nieskierowanie pacjenta do kardiologa w celu założenia by - passów,
  - przebicie gałęzi diagonalnej II, skutkujące przedostawaniem się krwi i kontrastu do worka osierdziowego,
  - zatajenie przed pacjentem i jego rodziną powyższych powikłań i zapewnianie, że zabieg wykonano optymalnie, („serce jak u noworodka, wszystkie naczynia drożne”),
  - wydanie polecenia po nocy z dnia 26 na 27 czerwca 2006 r. o odstawieniu leku Plavix z powodu silnych bólów, które nie ustępowały po kaskadzie leków przeciwbólowych niesterydowych i po narkotykach,
  - nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej pracowni hemodynamiki z dnia 26 czerwca 2006 r.
  - podjęcie błędnej decyzji o przeniesieniu pacjenta J. Z. z sali monitorowanej na zwykłą,
  - fałszywie uspokajającą interpretację kontrolnej koronarografii z dnia 27 czerwca 2006 r. i zbyt pochopne wykluczenie niedokrwienego pochodzenia bólu, co spowodowało później kilkugodzinne opóźnienie w przewiezieniu pacjenta, celem udrożnienia naczynia, doprowadzając do zgonu pacjenta,

-zapewnianie w dniu 29 czerwca 2006 r. w godzinach wieczornych pacjenta i rodziny, że wszystkie zabiegi zostały wykonane optymalnie i pacjent może jechać do K. i po paru dniach będzie dobrze, lekceważąc skargi pacjenta, który był lekarzem, skutkiem pacjent J. Z. zmarł w dniu 2 lipca 2006 r. tj. o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

3. **K. S.** o to, że:

III. w okresie od 1 lipca 2006 r. do 2 lipca 2006 r. w K., pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego /.../ Oddziału Kardiologii Szpitala /.../, na którym ciążył szczególny obowiązek opieki nad pacjentem J. Z., naraziła go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez:

- niestosowanie się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, standardów i procedur Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w procesie leczenia pacjenta J. Z.,
- nieprawidłową diagnozę i błędne rokowanie, co do stanu zdrowia pacjenta J. Z.,
- przyjęcie wbrew regulaminowi szpitala dyżuru na terenie /.../ Kliniki Kardiologii Szpitala, będąc zatrudnioną i uprawnioną do pełnienia dyżurów na terenie /.../ Kliniki Kardiologii Szpitala,
- niewłaściwą ocenę stanu klinicznego pacjenta,
- nierozpoznanie wstrząsu kardiogenego u J. Z. w dniu 1 lipca 2006 r., a więc stanu bezpośredniego zagrożenia życia.
- bezpodstawne uspokajanie rodziny, że sprawa jest opanowana,
- podanie tlenu na wyraźne żądanie rodziny, w postaci „wąsów” z braku innych możliwości w Klinice Kardiologicznej po upływie co najmniej godziny od wystąpienia wstrząsu kardiogenego,
- niewezwanie zespołu hemodynamiki i D. D., pomimo wielokrotnego żądania rodziny,
- brak podjęcia natychmiastowych działań, które pozwoliłyby na podjęcie akcji ratowania życia pacjenta, polegających na: niewezwaniu dyżurnego specjalisty anestezjologa, niewezwaniu dyżurnego zespołu wieńcowego, niewdrożeniu pełnego monitorowania pod postacią ciągłej rejestracji, co najmniej tętna, ciśnienia tętniczego, saturacji Hb. niepodjęciu działań zmierzających do zwalczania objawów wstrząsu i stabilizacji stanu pacjenta, takich jak: utrzymanie wartości skurczowego ciśnienia tętniczego powyżej 100 mm Hg za pomocą wlewu katecholamin (Levonor, dopomina, dobutrex), podawanych do wkłucia

centralnego, głęboka sedacja i skuteczne opanowanie bólu (morfina + relanium, i. v.), zapewnienie odpowiedniego utlenowania. intubacja, wentylacja mechaniczna 100% tlenem,

- niezapewnienie bezpiecznego transportu do sali zabiegowej w asyście anestezjologa, bądź lekarza doświadczonego w intensywnej terapii,
- niezapewnienie wykonania koronarografii i udrożnienia naczynia odpowiedzialnego za zawał, w czasie jak najkrótszym od wystąpienia objawów wstrząsu, skutkiem czego pacjent J. Z. zmarł w dniu 2 lipca 2006 r. to jest o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

4. **A. K.** o to, że:

IV. w okresie od 22 czerwca 2006 r. do 2 lipca 2006 r. w K., jako lekarz pełniący obowiązki asystenta w /.../ Klinice Kardiologii Szpitala /.../, ordynator sali monitorowanej, na którym ciążył obowiązek opieki nad pacjentem J. Z., naraził tegoż pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez:

- niestosowanie się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej, standardów i procedur Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w procesie leczenia pacjenta J. Z.,
- nieprawidłową diagnozę i błędne rokowanie, co do stanu zdrowia pacjenta J. Z.,
- wykonanie echokardiografii serca bez udokumentowania badania w sposób zobligowany procedurami i standardami Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Echokardiograficznego,
- nieprawidłowe leczenie powikłań, które wystąpiły u pacjenta po powikłanych zabiegach PCM, wykonywanych przez D. D.:
- niewykonanie zgodnie z procedurami Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Echokardiograficznego trzykrotnych badań troponiny w odstępach 6-8 godzin,
- niepodanie właściwego leku tj. inhibitorów z grupy 2b 3a (nierozpoznanie rozwarstwienia),
- niedostateczne monitorowanie parametrów życiowych po powikłanym zabiegu CX, MI i M2 przeprowadzonym w dniu 22 czerwca 2006 r.
- nieprawidłowe prowadzenie karty obserwacji „R” pacjenta J. Z.,
- niepoinformowanie pacjenta i rodziny o sześciokrotnym wzroście troponiny po tym zabiegu na PTW, czyli o zawale okołozabiegowym,
- zatajenie przed pacjentem i jego rodziną faktu wielu powikłań w trakcie zabiegu spowodowanych przez operatora w dniu 22 czerwca 2006 r., polegających na

powikłaniu w postaci pozostawienia bez leczenia licznych rozwarstwień w tętnicy CX. MI, M2 i PTW. oraz powikłaniu w postaci zespołu no-reflow, bloku P-K. barykardii i hipotensji, nagłym zatrzymaniu krążenia.

- nieopisanie stanu klinicznego pacjenta w dniu 24 czerwca 2006 r., kiedy wyniki troponiny wykazały osiemnastokrotne przekroczenie normy, co wskazywało na zawał okołozabiegowy,
- nieopisanie stanu klinicznego pacjenta w dniu 25 czerwca 2006 r.,
- niewykonywanie zapisów EKG w dniach 23, 24 i 25 czerwca 2006 r. mimo rozwijającego się zawału okołozabiegowego, co pozbawiło możliwości śledzenia dynamiki zmian i podjęcia odpowiednich decyzji terapeutycznych,
- niepoinformowanie pacjenta i rodziny o rzeczywistym stanie zdrowia chorego, co uniemożliwiło pacjentowi podjęcie decyzji co do odmowy poddania się zabiegowi,
- niewstrzymanie decyzji o kolejnym zabiegu w dniu 26 czerwca 2006 r. z powodu rozwijającego się zawału serca,
- dopuszczenie do przeprowadzenia zabiegu angioplastyki w dniu 26 czerwca 2006 r. bez uprzedniej konsultacji kardiochirurgicznej.
- brak właściwego nadzoru nad chorym w pierwszej dobie po zabiegu powikłanym uszkodzeniem naczynia wieńcowego z wynaczynieniem krwi do worka osierdziowego,
- brak właściwej oceny stanu klinicznego pacjenta po przewiezieniu go z pracowni hemodynamiki na salę monitorowaną i zaraz po przebudzeniu, kiedy nastąpiły nasilające się bóle w klatce piersiowej,
- brak kontroli tętna,
- brak oceny stanu klinicznego przez lekarza specjalistę (szefa dyżuru),
- brak leczenia przyczynowego silnego bólu. nie ustępującego po nitratach i konwencjonalnym leczeniu przeciwbólowym bólu w klatce piersiowej kolejnymi dawkami Morfiny i Fentanylu, zlecanymi przez młodszego asystenta, bez kontroli, nadzoru i konsultacji ze starszym dyżurantem,
- popełnienie szeregu błędów w zakresie podawania pacjentowi leków, między którymi zachodzi interakcja (kwas acetylosalicylowy - ketonal, ketonal - furosemid),
- brak intensywnych działań zmierzających do wyjaśnienia niepokojących objawów klinicznych – koronarografia, kardiochirurg,

- dopuszczenie do leczenia pacjenta, któremu pogorszał się ogólny stan, przez młodszego dyżuranta bez konsultacji z lekarzem specjalistą.
- nieprawidłową interpretację badania EKG z dnia 27 czerwca 2006 r.,
- niezachowanie zapisów EKG od dnia 27 czerwca 2006 r. od godziny 10.35 do dnia 30 czerwca 2006 r. do godziny 7.34, pomimo niepokojącego obrazu klinicznego pacjenta, w postaci utrzymujących się dolegliwości o charakterze wieńcowym, uzasadniających szczególnie wzmożony nadzór nad pacjentem, co może świadczyć o usunięciu ich z dokumentacji medycznej,
- odstawienie leku Plavix, po nocy z 26 na 27 czerwca 2006 r., w celu zmniejszenia krwawienia do worka osierdziowego, co z kolei skutkowało powstaniem zagrożenia zakrzepicy w stentach,
- brak reakcji farmakologicznej na podwyższony poziom fibrynogenu u pacjenta (już 28 czerwca 2006 r. powyżej 8,30 g/l. przy normie 1,80-3.5 g/l), który świadczył, że dochodzi do aktywacji układu krzepnięcia krwi prowadzącej do zakrzepicy,
- brak reakcji na wynik RTG klatki piersiowej, który wskazywał na bardzo duże zmiany w porównaniu do prawidłowego opisu RTG z dnia przyjęcia.
- wprowadzanie w błąd pacjenta i rodziny, poprzez przekazywanie nierzetelnych informacji o dobrym rokowaniu, szybkim ustąpieniu dolegliwości i powrotu pacjenta do domu,
- brak relacji na stan kliniczny pacjenta w dniu 1 lipca 2006 r., około godziny 20.00 po uprzednim wezwaniu przez dr S. na prośbę bardzo osłabionego pacjenta,
- pozostawienie bardzo cierpiącego pacjenta bez opieki kardiologicznej dnia 1 lipca 2006 r. około godziny 23.45, pomimo stwierdzenia 50% spadku frakcji wyrzutowej, świadczącej o 50% martwicy mięśnia sercowego i udanie się do pracowni hemodynamicznej, skutkiem czego pacjent J. Z. zmarł, to jest o czyn z art. 160 § 2 k.k. w zb. z art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

Sąd Rejonowy w K. postanowieniem z dnia 24 lutego 2012 r.:

- 1) na podstawie art. 339 § 3 pkt. 1 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. umorzył postępowanie karne przeciwko J.D. i K. S. w zakresie zarzucanych im czynów z pkt I i III aktu oskarżenia;
- 2) na podstawie art. 339 § 3 pkt 1 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. i art. 339 § 3 pkt 2 k.p.k. umorzył postępowanie karne przeciwko D. D. i A. K. w zakresie zarzucanych im czynów z pkt II i IV aktu oskarżenia;



3) na podstawie art. 98 § 2 k.p.k. odroczył sporządzenie pisemnego uzasadnienia postanowienia na czas siedmiu dni.

Rozstrzygnięcie to zostało zaskarżone przez oskarżycieli subsydiarnych: W. Z., Z. Z. i K. K.-Z. oraz jej pełnomocnika.

Oskarżycielka subsydiarna **K. K. – Z.** w swoim zażaleniu zarzuciła rażąco obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść orzeczenia, w szczególności: art. 4 k.p.k., art. 7 k.p.k., art. 92 k.p.k. poprzez nieobiektywną, wadliwą oraz dowolną ocenę materiału dowodowego dokonaną bez uwzględnienia zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego, mimo iż organ postępowania winien kształtować swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, co skutkowało wydaniem decyzji o umorzeniu postępowania bez prawidłowego ustalenia stanu faktycznego sprawy, bez dokonania należytej oceny wszystkich przeprowadzonych w sprawie dowodów oraz całokształtu okoliczności ujawnionych w postępowaniu, a mających znaczenie dla rozstrzygnięcia, oraz obrazę art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k., poprzez niezasadne przyjęcie, iż postępowanie karne w sprawie należało umorzyć wobec braku znamion czynu zabronionego, podczas gdy z całego zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż czyny opisane w części dyspozytywnej postanowienia zaistniały, a ich ocena prawno-karna prowadzi do wniosku, że sprawcy wyczerpali znamiona przestępstwa z art. 160 § 2 k.k.

W uzasadnieniu zażalenia oskarżycielka subsydiarna podniosła następujące okoliczności; Odnośnie czynu oskarżonej K. S. stwierdziła, że nie można zgodzić się z interpretacją Sądu, iż rozpoznanie zawału serca kardiogennego u J. Z. było niezwykle skomplikowane, albowiem pacjent miał typowe objawy zawału serca: silny ból w klatce piersiowej, nie ustający po podaniu nitrogliceryny, typowe zmiany w EKG dla rozpoczynającego się zawału serca w postaci większego uniesienia ST w odprowadzeniach V1 i V2, wysokich załamek T w odprowadzeniach przedsercowych i redukcji załamek R, oraz pojawiła się hipotonia, która świadczyła o niestabilności hemodynamicznej i o wstrząsie kardiogenym. Ponadto K. S., zdaniem skarżącej, nie „miała pojęcia” co się dzieje z chorym, nie знаła też podstawowych zasad postępowania w przypadku podejrzenia OZW, co sami biegli przyznali, że lekarka nie umiała przeprowadzić zgodnie z regułami sztuki procesu diagnostycznego, mającego na celu szybkie różnicowanie objawów. Ponadto oskarżona nie tylko, że nie umiała właściwie zinterpretować stanu klinicznego

pacjenta, ale też straciła bardzo dużo cennego czasu, w trakcie którego doszło do nieodwracalnego uszkodzenia serca, a w konsekwencji do zatrzymania krążenia jeszcze przed diagnostyczną koronarografią.

Ponadto z opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wynikało, jak podnosiła oskarżycielka subsydiarna, że u chorego rozwijały się objawy związane z wysiękiem krwi do worka osierdziowego, wskazując, iż wysięk wystąpił pięć dni wcześniej. Tym samym twierdzenie biegłych jest w tym zakresie błędne. Ponadto zdaniem K. K. – Z. opinia zespołu biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach zawiera szereg błędów i „przekłamań”, jest wewnętrznie sprzeczna, co wymaga wyjaśnienia na rozprawie.

Z uzasadnienia tego zażalenia wynikało ponadto, że oskarżona K. S., wykonując badania diagnostyczne, jednocześnie nie powinna zaniedbać natychmiastowego wezwania zespołu hemodynamicznego do kliniki, przy podejrzeniu OZW, jak też to, że K. S., poza wykonaniem badania ECHO dopiero po godzinie 23.30 i pobraniem krwi na oznaczenie stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, nie wykonała praktycznie innych czynności diagnostycznych, a jej dyżur w /.../Oddziale Kliniki był bezprawny, niezgodny z wewnętrznymi regulaminami organizacyjnymi Kliniki.

Oskarżycielka subsydiarna wskazała na, jej zdaniem, błędne stanowisko Sądu Rejonowego wynikające z uznania, że podjęcie decyzji diagnostycznej w dniu 1 lipca 2006 r. było trudne, zapis EKG z dnia 1 lipca 2006 r., nie wskazywał na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w stosunku do 30 czerwca 2006 r. z godziny 7.34 dodatkowo wyniki badań laboratoryjnych pomiędzy 23.00, a 24.00 dnia 1 lipca 2006 r. były prawidłowe. Otóż biegli z zespołu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w odpowiedzi na pytanie 107 w opinii, mieli odmienne zdanie.

Ponadto oskarżycielka subsydiarna K. K. – Z. zarzuciła Sądowi I instancji niezapoznanie się z zeznaniami A. K. z dnia 24 marca 2009 r., który stwierdził: „widząc takie EKG byłbym zaniepokojony, mógłbym podejrzewać ostry zespół wieńcowy. Mówię o EKG z dnia 1 lipca 2006 r., z godz. 22.29 (...). Na podstawie okazanego mi EKG z dnia 1 lipca 2006 r. z godz. 22.29 można podejrzewać zawał serca (...). Jeśli w EKG są uniesienia odcinka ST, to są wskazania do wezwania zespołu hemodynamicznego, są wskazania do interwencji, oczywiście obraz EKG musi korelować ze stanem klinicznym (...). Nie mógłbym zlekceważyć takiej informacji i wezwałbym zespół.” oraz zeznaniami W. M. z dnia 29 stycznia 2009 r.,

cyt. „Na podstawie zapisu EKG z godz. 22.29 również stwierdziłbym zawał serca. (...) Gdybym stwierdził ból i widział to EKG z 1 lipca 2006 r. z godz. 22.28 wezwałbym zespół.”

Ponadto według oskarżycielki subsydiarnej, to Sąd Rejonowy pominął istotne odpowiedzi biegłych z zespołu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na pytanie nr 54, 55, 66, 78, 79, 114, 115, 123, 131, 153, 157, 160, 199, 217, 223, 231, 252, 262 opinii, a także powołał się na opinię ww. biegłych w zakresie odpowiedzi na pytanie 219, która to odpowiedź nie jest precyzyjna. Również jej zdaniem Sąd Rejonowy nie odniósł się do „prywatnych opinii”, pomimo istnienia takiego obowiązku, w świetle poglądów judykatury i doktryny (k. 731 -768).

Oskarżyciel subsydiarny **W. Z.** w swoim zażaleniu zarzucił rażąco obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść orzeczenia, w szczególności: art. 4 k.p.k. art. 7 k.p.k., art. 92 k.p.k. poprzez nieobiektywną, wadliwą oraz dowolną ocenę materiału dowodowego dokonaną bez uwzględnienia zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego, mimo iż organ postępowania winien kształtować swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, co skutkowało wydaniem decyzji o umorzeniu postępowania bez prawidłowego ustalenia stanu faktycznego sprawy, bez dokonania należytej oceny wszystkich przeprowadzonych w sprawie dowodów oraz całokształtu okoliczności ujawnionych w postępowaniu, a mających znaczenie dla rozstrzygnięcia, oraz obrazę art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. poprzez niezasadne przyjęcie, iż postępowanie karne w sprawie należało umorzyć wobec braku znamion czynu zabronionego, podczas gdy z całego zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż czyny opisane w części dyspozytywnej postanowienia zaistniały, a ich ocena prawno-karna prowadzi do wniosku, że sprawcy wyczerpali znamiona przestępstwa z art. 160 § 2 k.k.

W uzasadnieniu zażalenia skarżący podniósł między innymi, że Sąd Rejonowy wadliwie i bezpodstawnie uznał, wbrew zgromadzonym dowodom, że pacjent był leczony zgodnie ze standardami. Na okoliczność swojego stanowiska odwołał się do opinii zespołu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, odpowiedź na pytanie nr 34 opinii. Ponadto ten Sąd Rejonowy orzekł wbrew stanowiskom zawartym w rzeczonych opiniach, odpowiedź na pytanie nr 1, 4, 5. 58.

Dalej skarżący podniósł, że dyżur w dniu 1 lipca 2006 r. w Klinice Kardiochirurgii pełnili lekarze bez specjalizacji, nie posiadający wymaganych

kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. W. Z. wskazał jednocześnie, że Sąd Rejonowy błędnie przyjął, iż oskarżony J. D. nie miał wpływu na sposób leczenia pacjenta, twierdząc, że najpewniej ów organ nie zapoznał się z załącznikiem nr 6 „Uzasadnienie uzupełnienia zarzutów”.

Ponadto W. Z. stwierdził, że jednym z największych błędów lekarza jest nierozpoznanie zawału serca i wstrząsu kardiogenego, przywołując opinię zespołu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (odpowiedź na pytanie nr 157 i 160, k. 712-723).

W złożonym zażaleniu **pełnomocnik oskarżycielki subsydiarnej K. K. – Z.**, zaskarżył postanowienie Sądu w całości i na niekorzyść oskarżonych J. D., K. S., D. D. oraz A. K. Na podstawie art. 427 § 2 k.p.k. oraz art. 438 pkt 2 k.p.k. zaskarżonemu postanowieniu zarzucił obrazę przepisów postępowania, mającą istotny wpływ na treść orzeczenia tj.

- w zakresie rozstrzygnięcia o umorzeniu, zawartego w pkt 2 postanowienia, obrazę przepisów art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. w zw. z art. 339 § 3 pkt 1 k.p.k. poprzez niezasadne zastosowanie wskazanych przepisów i przyjęcie, iż zarzucane oskarżonym J. D. oraz K. S. w subsydiarnym akcie oskarżenia czyny nie zawierają znamion czynu zabronionego,
- w zakresie rozstrzygnięcia o umorzeniu, zawartego w pkt 3 postanowienia, obrazę art. 17 § 1 pkt 2 w zw. z art. 339 § 3 pkt 1 k.p.k. oraz art. 339 § 3 pkt 2 k.p.k., poprzez niezasadne zastosowanie wskazanych przepisów i przyjęcie, iż zarzucane oskarżonym D. D. oraz A. K. w akcie oskarżenia czyny nie zawierają znamiona czynu zabronionego, a ponadto iż w tym zakresie występuje oczywisty brak podstaw faktycznych oskarżenia, w sytuacji, gdy nie przeprowadzono w sprawie postępowania dowodowego, które mogłoby pozwolić na weryfikację zawierającej szereg sprzeczności opinii pisemnej sporządzonej w postępowaniu przygotowawczym, w tym w szczególności dowodu z nowej opinii względnie zaś bezpośredniego - ustnego, uzupełniającego przesłuchania biegłych, którzy sporządzili opinię na zlecenie Prokuratury Rejonowej w O., pomimo istnienia ku temu uzasadnionych podstaw, wyrażających się w braku zupełności oraz jasności opracowanej opinii, a ponadto nieprzeprowadzenia postępowania dowodowego w zakresie dowodów osobowych, wskazanych w akcie oskarżenia, w szczególności z wyjaśnień oskarżonych, zeznań pokrzywdzonych jak też personelu medycznego, które to czynności przy uwzględnieniu bardzo istotnej z

punktu widzenia odpowiedzialności karnej okoliczności związanej ze stwierdzeniem, po zgonie J. Z., subterpeutycznego stężenia leku o nazwie Plavix oraz pozostałych okoliczności sformułowanych w treści zarzutów, nie miały jednoznacznej wymowy i wymagały podjęcia przez Sąd szeregu czynności dowodowych w sprawie.

Ponadto na podstawie art. 427 § 2 k.p.k. oraz art. 438 pkt 2 k.p.k. zaskarżonemu postanowieniu pełnomocnik zarzucił obrazę przepisu postępowania, mającą istotny wpływ na treść orzeczenia, tj. art. 351 § 1 k.p.k., poprzez przydzielenie sprawy do referatu SSR Ł. S. z odstępstwem od kolejności wskazanej w przepisie.

Podnosząc powyższe zarzuty pełnomocnik oskarżycielki subsydiarnej K. K. – Z., wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznani.

Oskarżyciel subsydiarny **Z. Z.** w swoim zażaleniu zarzucił rażąco obrazę przepisów postępowania mającą wpływ na treść orzeczenia, w szczególności:

1. art. 339 § 3 pkt 1 i 2 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k., poprzez nieuprawnione skierowanie sprawy przez Sędziego referenta na posiedzenie w sytuacji, gdy organem do tego uprawnionym był Prezes Sądu, a następnie poprzez przeprowadzenie błędnej oraz niedopuszczalnej w fazie wstępnej kontroli aktu oskarżenia - merytorycznej oceny dowodów, prowadzącej do stwierdzenia jednoznacznego braku znamion czynu zabronionego oraz braku faktycznych podstaw oskarżenia, podczas gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego, w szczególności zeznań świadków, zebranej dokumentacji i częściowo sporządzonej opinii wynika, iż czyny popełnione przez oskarżonych opisane w subsydiarnym akcie oskarżenia miały miejsce, a ich ocena prawno-karna powinna nastąpić w wyniku przeprowadzenia postępowania dowodowego na rozprawie,
2. art. 4 k.p.k. w zw. z art. 7 k.p.k., w zw. z art. 92 k.p.k. poprzez nieobiektywną, wadliwą, ocenę materiału dowodowego wbrew zasadom prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego, co skutkowało umorzeniem postępowania bez prawidłowego ustalenia stanu faktycznego sprawy, bez dokonania należytej oceny wszystkich przeprowadzonych w sprawie dowodów oraz całokształtu okoliczności ujawnionych w postępowaniu, a mających znaczenie dla rozstrzygnięcia w sprawie,

3. na podstawie art. 438 pkt 3 k.p.k. postanowieniu temu zarzucił też błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia, a to uznanie przez Sąd bez ujawnienia dowodów na rozprawie, iż zachowania oskarżonych nie wyczerpywały znamion czynu zabronionego, podczas gdy prawidłowe zapoznanie się z nimi oraz rzeczowa ich analiza prowadzi do wniosku wręcz przeciwnego i wskazującego, iż oskarżeni dopuścili się zarzucanych im czynów.

W uzasadnieniu zażalenia oskarżyciel subsydiarny **Z. Z.** podniósł, że niezasadne i błędne było skierowanie przedmiotowej sprawy na posiedzenie, a następnie całkowicie dowolne umorzenie postępowania na posiedzeniu w trybie art. 339 § 3 pkt 1 i 2 k.p.k. uznając, iż w niniejszej sprawie jednoznacznie występuje brak znamion czynów zabronionych oraz oczywisty brak podstaw oskarżenia, pomimo tego, że ustalenia postępowania przygotowawczego, budziły i budzą nadal szereg wątpliwości dowodowych. Podkreślił zupełne pominięcie w uzasadnieniu zaskarżonego postanowienia przedłożonych opinii prywatnych, sporządzonych przez ekspertów, profesorów światowej sławy z ośrodków o najwyższej renomie w zakresie medycyny. Również pominięto komplementarną opinię z Uniwersytetu w Bonn. dołączoną do akt postępowania przez oskarżycieli subsydialnych już po umorzeniu postępowania przez prokuraturę na poparcie wywiedzonego subsydiarnego aktu oskarżenia.

Oskarżyciel subsydiarny **Z. Z.** wskazał na występujące, jego zdaniem, wady opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, podnosząc że opinia jest w wielu istotnych dla sprawy zagadnieniach niezgodna z obowiązującą wówczas i obecnie wiedzą i praktyką medyczną, zarzucając nieodniesienie się do szeregu wyszczególnionych przez oskarżycieli subsydialnych nieprawidłowości i błędów w opinii, które oskarżyciele subsydiarni jasno i klarownie wykazali, odwołując się od obowiązującej literatury naukowej z dziedziny kardiologii, kardiochirurgii i anestezjologii.

Zdaniem oskarżyciela subsydiarnego Sąd I instancji wadliwie uznał, że opinia biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, pomimo wyraźnego wskazania przez oskarżycieli subsydialnych jej błędów, jest opinią rzetelną i że na jej podstawie można ocenić postępowanie lekarzy jako prawidłowe, zgodne z zasadami sztuki medycznej, a nadto podniósł, że do sporządzenia tej opinii powołano biegłych powiązanych z oskarżonymi, bowiem niektórzy z nich,

wspólnie z oskarżonymi prowadzili badania medyczne, wydawali publikacje i mieli powiązania biznesowe.

Ponadto oskarżyciel subsydiarny Z. Z. zarzucił nienależyte odniesienie się przez Sąd Rejonowy do czterech certyfikatów, wystawionych przez oskarżonego J. D. z całkowitym pominięciem obowiązujących w tym zakresie procedur określonych w wytycznych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Zdaniem skarżącego Sąd Rejonowy również pominął kwestię sfabrykowanych dowodów znajdujących się w aktach, np. EKG z 21 czerwca 2006 r. z godziny 23.25 „dorabianie” przez biegłych badania histopatologicznego oraz zniszczenie przez nieustalone osoby części dowodów znajdujących się w posiadaniu prokuratury, jak też pominął fakt, że w opinii biegłych istnieją zasadnicze sprzeczności wewnętrzne pomiędzy wnioskami końcowymi, a udzielonymi odpowiedziami na pytania nr 195, 223, i 231.

Podnosząc omówione zarzuty oskarżyciel subsydiarny wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu.

W dniu 27 kwietnia 2012 r. **oskarżycielka subsydiarna K. K. — Z. złożyła uzupełniające uzasadnienie do wniesionego wcześniej zażalenia** na postanowienie Sądu Rejonowego z dnia 24 lutego 2012 r., w których uszczegółowiła podniesione wcześniej zarzuty zawarte w środku zaskarżenia (pismo z dnia 21 kwietnia 2012 r.).

Sąd Okręgowy, po rozpoznaniu wymienionych zażaleń, postanowieniem z dnia 28 czerwca 2012 r., **orzekł:**

I. zaskarżone postanowienie zmienił w ten sposób, że uchylił orzeczenie dotyczące oskarżonego D. D. w zakresie czynu opisującego zaprzestanie podawania leku o nazwie Plavix i związanego z tym pogorszenia stanu zdrowia pacjenta J. Z. i w tym zakresie sprawę przekazał Sądowi Rejonowemu do ponownego rozpoznania;

II. w pozostałym zakresie podmiotowym i przedmiotowym zaskarżone postanowienie utrzymał w mocy;

III. odroczył sporządzenie uzasadnienia na piśmie do dnia 29 czerwca 2012 r.

Od w/w postanowienia Sądu Okręgowego z dnia 28 czerwca 2012 r., kasację złożył Prokurator Generalny. Zaskarżył to postanowienie w całości na niekorzyść oskarżonych J. D., D. D., A. K. i K. S. i **zarzucając** rażące i mające istotny wpływ

na treść postanowienia naruszenie przepisów prawa procesowego, a mianowicie art. 433 § 2 k.p.k. i art. 92 k.p.k. w zw. z art. 339 § 3 pkt 1 i 2 k.p.k., polegające na zaniechaniu dokonania przez Sąd Okręgowy wszechstronnej kontroli odwoławczej i niezasadnym zaaprobowaniu przyjętego przez Sąd I instancji trybu rozpoznania sprawy, z jednoczesnym pominięciem analizy całego materiału dowodowego, w tym błędnym uznaniem opinii biegłych za pełną, jasną i wewnętrznie spójną oraz nieodniesieniu się do opinii „prywatnych” przedłożonych przez oskarżycieli subsydiarnych, a nadto nierozważeniu i nieustosunkowaniu się do wszystkich zarzutów podniesionych w środkach odwoławczych, w następstwie czego doszło do utrzymania w mocy niezasadnego, bo wydanego z naruszeniem art. 339 § 3 pkt 1 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. i w zw. z art. 201 k.p.k. postanowienia Sądu I instancji o umorzeniu postępowania karnego, **wniósł** o uchylenie zaskarżonego postanowienia oraz utrzymanego nim w mocy postanowienia Sądu I instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu na rozprawie głównej.

Obrońcy oskarżonych: J. D., D. D. i A. K. w pisemnych odpowiedziach na tę kasację wnieśli o jej oddalenie (por. pisemne odpowiedzi na kasację: k. 35 - 43, k. 56 - 59, k. 61 – 65 i k. 71 – 75, akt IV KK 420/12 SN).

#### **Sąd Najwyższy zważył, co następuje.**

Kasacja zasługuje na uwzględnienie w zakresie w jakim wnosi o uchylenie zaskarżonego postanowienia.

Jak wynika z pisemnego uzasadnienia postanowienia Sądu Rejonowego ten Sąd uznał za prawidłowe podjęte przez oskarżonego J. D. decyzje zarówno co do metod leczenia J. Z., jak i w zakresie wykonywanych zabiegów, dzieląc stanowisko z opinii zespołu biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Biegli uznali zaś, że postawiona w dniu 22 czerwca 2006 r. diagnoza dotycząca pacjenta J. Z. była prawidłowa, a zabiegi przeprowadzono zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Sąd I instancji uznał, że skoro działania lecznicze podejmowane przez oskarżonego J. D., były działaniami *lege artis*, to nie może on ponosić odpowiedzialności karnej za niepowodzenie lecznicze.

Odnosząc się natomiast do zarzutów stawianych oskarżonym D. D. i A. K., Sąd Rejonowy wskazał, że przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. jest przestępstwem skutkowym i może być popełnione w ściśle określonym momencie podjęcia zachowania wskutek którego pacjent został narażony na bezpośrednie



niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Nie można zatem się zgodzić z tezą, że narażenie J. Z. na bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia następowało w tak długim okresie czasu, to jest od 22 czerwca 2006 r. do 2 lipca 2006 r. poprzez wskazane w treści zarzutu aktu oskarżenia zachowania oskarżonych lekarzy. Taki wniosek oparł na treści opinii biegłych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Sąd I instancji podkreślił, że opiniujący zespół składał się z najwybitniejszych polskich specjalistów z zakresu kardiologii interwencyjnej, farmakologii, kardiologii, anestezyjologii, kardiologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, patomorfologii i medycyny sądowej. Sąd Rejonowy stwierdził, że sporządzona przez nich opinia jest jasna, pełna i nie jest wewnętrznie sprzeczna. Odpowiada na wszystkie 277 pytań zadanych biegłym przez prokuratora, a przede wszystkim przez pokrzywdzonych.

Akceptując przedmiotową opinię Sąd Rejonowy doszedł do wniosku, że lekarze przy przyjmowaniu J. Z. do szpitala nie dopuścili się błędu diagnostycznego, albowiem w sposób prawidłowy zdiagnozowali u niego niestabilną dusznicę bolesną, zaliczaną do grupy ostrych zespołów wieńcowych, co zostało następnie potwierdzone przeprowadzonym zabiegiem koronarografii. Sąd I instancji odniósł się też do opinii biegłych z Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie, którzy ustalili że w surowicy krwi J. Z. w dniu 1 lipca 2006 r. stężenie metabolitu kłopidogrelu było bardzo niskie i wynosiło 48 ng/ml. Z kolei, z opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wynikało, że powodem niskiego stężenia nieaktywnego kłopidogrelu u J. Z. mógł być brak kontynuowania lub podawanie z przerwami kłopidogrelu w zbyt małej dawce.

Sąd Rejonowy dokonując oceny materiału dowodowego uznał, że zgromadzony materiał w żaden sposób nie daje odpowiedzi na pytanie, kto podjął decyzję o zaprzestaniu podawania leku przeciwzakrzepowego Plavix, zawierającego kłopidogrel, a w szczególności czy był to oskarżony A. K., czy też oskarżony D. D.

Sąd I instancji zauważył, że przyczyną powstania zakrzepicy w stentach pacjenta J. Z., z dużym prawdopodobieństwem mogło być niepodawanie leku Plavix, jednak w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy nie można ustalić kto był odpowiedzialny za zaniechanie leczenia tym lekiem, zaś lekarzami którzy mieli styczność z pacjentem J. Z., byli nie tylko oskarżeni A. K. i D. D. Sąd I instancji

oceniając materiał dowodowy, brał pod uwagę, że pobierania owego leku mógł zaniechać sam pacjent J. Z. Tym samym Sąd uznał, że brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie podjęcia przez A. K. i D. D. decyzji o zaprzestaniu podawania J. Z. leku o nazwie Plavix.

Skoro zatem Sąd I instancji stwierdził, iż przy przyjęciu pacjenta nie dopuszczono się błędnej diagnozy, a przyjęta metoda leczenia drogą rewaskularyzacji wieńcowej nie była błędem a proces leczenia pacjenta był prawidłowy, to pomimo braku konsultacji kardiochirurgicznej, uznał, opierając się na opinii biegłych, że leczenie prowadzili prawidłowo lekarze uprawnieni, posiadający bardzo wysokie kwalifikacje w zakresie kardiologii, w tym kardiologii interwencyjnej. Nie dopatrywał się po stronie oskarżonych D. D. i A. K. błędu „w sztuce medycznej”, co skutkowało umorzeniem postępowania na podstawie art. 339 § 3 k.p.k. w zw. z art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. i art. 339 § 3 pkt 2 k.p.k.

Analizując zarzuty stawiane oskarżonej K. S., a sprowadzające się do tego, że ta oskarżona nie dokonała prawidłowej diagnozy stanu zdrowia J. Z. w dniu 1 lipca 2006 r. i nie wdrożyła we właściwym czasie odpowiedniej procedury leczenia, Sąd Rejonowy odwołał się do opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, którzy stwierdzili, że w ich ocenie brakuje podstaw do przyjęcia, aby postępowanie tej oskarżonej wyczerpywało znamiona błędu medycznego. Sąd I instancji przyjął, że przebieg i „manifestacja” choroby J. Z. nie były typowe i w pełni jednoznaczne. Współistniał odczyn osierdziowy, być może zapalenie płuc, dające podobną wieńcowej maskę kliniczną oraz zmiany EKG.

Nadto Sąd Rejonowy podkreślił, że ryzyko jest nieodłącznie związane z zabiegami leczniczymi i powstania ujemnych skutków nie da się wykluczyć. Często jednak nie mają one nic wspólnego z jakąkolwiek winą, czy zaniedbaniami ze strony lekarza, a są po prostu wynikiem fatalnego zbiegu okoliczności, czy zaistniałych warunków faktycznych. Materiał dowodowy, zdaniem Sądu nie wykazał by oskarżeni lekarze działali wbrew zasadom sztuki medycznej.

Poza tym ich działania nie były zawinione, nie tylko w sposób umyślny, lecz również nieumyślny, jeżeli weźmie się pod uwagę zaangażowanie całego personelu medycznego w proces leczenia J. Z. Lekarze ci nie mogą ponosić odpowiedzialności karnej za nieumyślne spowodowanie śmierci J. Z.

Jak wskazuje Prokurator Generalny, cyt. „W pisemnym uzasadnieniu Sąd Okręgowy w pierwszej kolejności przedstawił swoje zastrzeżenia w zakresie

wadliwości subsydiarnego aktu oskarżenia, zarzucając pełnomocnikowi, cyt. „wysoki nieprofesjonalizm”. W dalszej jego części poczynił wywody na temat braku oczywistych podstaw oskarżenia w rozumieniu art. 339 § 3 pkt 2 k.p.k., uznając następnie, że opinia biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach spełnia wymogi z art. 201 k.p.k., czyli jest jasna, pełna i nie jest wewnętrznie sprzeczna. Przechodząc do merytorycznej części podniesionych zarzutów w złożonych zażaleniach, Sąd Okręgowy uznał je w przeważającej części jako polemiczne w stosunku do opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przyjmując, że diagnoza i strategia leczenia pacjenta była prawidłowa. Następnie Sąd Odwoławczy ustosunkował się do zarzutów skarżących związanych z nieodpowiednim transportem chorego w dniu 2 lipca 2006 r. do pracowni hemodynamiki, oraz co do zarzutów dotyczących niewłaściwej organizacji pracy w Klinice Kardiologicznej Szpitala /.../, uznając je za nietrafne.

Jeżeli chodzi o zażalenie K. K. – Z., to Sąd Okręgowy stwierdził, że przytoczona przez nią ocena postępowania oskarżonych nosi znamiona wiedzy medycznej, która nie może być podstawą do oceny stanu faktycznego, zaś taką podstawę stanowi jedynie opinia biegłych powołanych przez uprawniony organ. Sąd Okręgowy, podzielił argumenty skarżących w zakresie odstawienia pacjentowi przeciwwązkowego leku o nazwie Plavix (k. 932 – 944)” (cytat ze str. 18 – 19 uzasadnienia kasacji).

Podzielić należy stanowisko Prokuratora Generalnego, wskazującego, iż Sąd Okręgowy rozpoznając złożone zażalenia nie odniósł się „w sposób merytoryczny do zarzutów zawartych w złożonych zażaleniach, bezkrytycznie uznając, że opinia biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach jest pełna, jasna, i nie jest wewnętrznie sprzeczna, a tym samym uznał wywody skarżących za polemikę z ustaleniami zawartymi w opinii. Odnośnie zarzutów zawartych w zażaleniu K. K.– Z., Sąd Okręgowy, uznając jej profesjonalną wiedzę medyczną, w żadnym zakresie nie odniósł się do nich merytorycznie”.

Jest oczywiste, że wiadomości specjalne ze swej istoty są atrybutem biegłych, a kontrola opinii przez organ procesowy – siłą rzeczy – doznaje pewnych ograniczeń. Jednak obowiązkiem sądu korzystającego z takiego dowodu, jest przeprowadzenie analizy i oceny z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania oraz sprawdzenie zupełności opinii, i kompletności materiałów będących jej podstawą, poprawności zastosowanych metod badawczych i przyjętych sposobów

wnioskowania. Kasacja wniesiona w niniejszej sprawie słusznie podnosi niedostateczne wypełnienie powyższego zadania przez sąd *meriti*.

Trafnie też Prokurator Generalny wskazuje w kasacji, że Sąd Okręgowy nie dopełnił obowiązków wynikających z art. 433 § 2 k.p.k. i art. 92 k.p.k. Wielokrotnie Sąd Najwyższy w swoim orzecznictwie podkreślał, że obowiązkiem Sądu Odwoławczego jest rozpoznanie środka odwoławczego w taki sposób, aby rozważeniu podlegały wszystkie zarzuty i wnioski ujęte w środku odwoławczym. Uzasadnienie orzeczenia powinno wskazywać na zrealizowanie tego obowiązku. Zauważa się też, że taki obowiązek wynika również z treści art. 6 ust. 1 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności statuującego standard rzetelnego procesu karnego. Podkreśla się, że zrealizowane obowiązku ujętego w treści art. 6 ust. 1 Europejskiej Konwencji wymaga odniesienia się w uzasadnieniu orzeczenia do każdego istotnego – na tle konkretnej sprawy – argumentu, a zatem brak odniesienia się do takiej argumentacji stanowi o naruszeniu standardu rzetelnego procesu (por. Ruiz Torija p-ko Hiszpanii – wyrok z 9 grudnia 1994 r., A 303-A w: M.A. Nowicki, Europejski Trybunał Praw Człowieka- Orzecznictwo, t. 1, Zakamycze 2001, s. 515 – 516).

Przedmiotowa sprawa dotyczy ustalenia w kwestii, czy doszło do karalnego błędu w sztuce medycznej. Jest to zagadnienie niezwykle złożone. Błąd w sztuce medycznej w zasadzie sprowadza się do błędu polegającego na „mylnym wyobrażeniu lekarza o stanie pacjenta” lub na „mylnym określeniu sposobu leczenia”. W uzasadnieniu wyroku z dnia 30 września 1960 r., II K 675/60, Sąd Najwyższy podniósł, że błąd w sztuce lekarskiej dotyczyć może bądź rozpoznania, bądź samej kuracji. Przeprowadzona *lege artis* kuracja, opierająca się na diagnozie która była błędna, może mieć dla zdrowia i życia chorego równie fatalne skutki, jak wadliwe leczenie przy właściwym rozpoznaniu. Nie każdy błąd w sztuce lekarskiej może obciążać lekarza, ale taki tylko błąd, który jest skutkiem co najmniej lekkomyślności lub niedbalstwa (Biuletyn Ministerstwa Sprawiedliwości 1961, nr 2, s. 4 – 5) J. Sawicki podkreśla, że błąd w sztuce medycznej stanowi kategorię wyłącznie z dziedziny medycznej i obejmuje wszystkie zasady postępowania w stosunku do pacjenta. Może dotyczyć zarówno samych „wskazań na zabieg leczniczy”, jak i sposobu dokonania zabiegu leczniczego. Biegły zatem musi odpowiedzieć na dwa pytania:

- 1) czy w świetle poglądów nauki medycznej ten konkretny zabieg leczniczy należało przeprowadzić,
- 2) jak w świetle wskazań wiedzy medycznej zabieg został przeprowadzony (J. Sawicki, Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, Warszawa 1965, s. 79).

Należy przy tym zawsze rozważyć kwestię ryzyka jakie wiąże się z przeprowadzeniem zabiegu leczniczego, gdyż każda czynność lecznicza niesie z sobą ryzyko spowodowania niepożądanych skutków. Podnosi się, że im bardziej uzasadniony z punktu widzenia społecznego jest cel któremu służy niebezpieczne przedsięwzięcie, tym szerszy może być margines normalnego ryzyka. Ten margines ulega zawężeniu, gdy cel może być osiągnięty bez powodowania niebezpieczeństwa. Możliwość przywrócenia do poprzedniego stanu też może mieć wpływ na rozszerzenie marginesu normalnego ryzyka (G. Rejman, Odpowiedzialność karna lekarza, Warszawa 1991, s. 158 – 167).

Wskazuje się, że jeśli chodzi o miernik według którego określać należy zasady „*lege artis*” to:

- 1) stan nauki medycznej ocenia się zawsze *ex ante* tzn. według tego jaki był w chwili przeprowadzenia zabiegu,
- 2) elementy faktologiczne, które służyły lekarzowi za podstawę decyzji dokonania zabiegu lub sposobu jego przeprowadzenia, również winny być oceniane *ex ante*,
- 3) jako miernik zgodności zabiegu ze stanem nauki medycznej powinny służyć najwyższe wymagania wiedzy medycznej i najwyższe standardy,
- 4) żaden z kierunków prezentowanych w nauce medycznej nie posiada wyższości nad innymi, ani pierwszeństwa przed innymi,
- 5) oceniając zgodność „zabiegu leczniczego” z zasadami wiedzy medycznej należy opierać się na założeniach tego kierunku, który reprezentował dokonujący zabiegu, chyba że lekarz przeprowadzający zabieg opierał się na kierunku który został już powszechnie odrzucony lub zaniechał zabiegu, który nauka uznaje za absolutnie konieczny,
- 6) nawet wyraźne zezwolenie pacjenta na zabieg leczniczy, który ze względu na brak wskazań lub na sposób jego przeprowadzenia uznać trzeba za „błąd sztuki” nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności (por. J. Sawicki, op. cit., s. 82 – 86).

W przypadku tzw. czynności zespołowych, przyjmuje się, że odpowiedzialność lekarza za niewłaściwe z punktu widzenia *lege artis* postępowanie pozostałych członków zespołu należy oprzeć na zasadzie ograniczonego zaufania (por. A. Liszewska, Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej, Zakamycze 1998, s. 123 – 128).

W doktrynie zwraca się też uwagę na kwestię wymagań stawianych lekarzowi w zakresie jego przygotowania zawodowego. „Mówiąc o wzorcu sumiennego i rozważnego lekarza, posługujemy się pewnym skrótami, gdyż w rzeczywistości chodzi nam o wzorzec lekarza odpowiadający określonej specjalizacji, a więc takiej specjalizacji, jaką ma lekarz, którego zachowanie poddane zostaje ocenie. Musimy więc tworzyć wzorce dla lekarza stażysty, lekarza bez specjalizacji i dla lekarzy specjalistów w określonych szczegółowych dziedzinach wiedzy medycznej” (A. Zoll, Odpowiedzialność karna lekarza z niepowodzenie w leczeniu, Warszawa 1988, s. 56). Z tego punktu widzenia dokonując oceny przeprowadzonej operacji przez wybitnego chirurga należy uwzględnić jego szczególne umiejętności i nie należy poprzestać na wzorcu (modelu) chirurga dobrego. Jasną też jest rzeczą, że niski poziom wiedzy medycznej nie usprawiedliwia lekarza albowiem na każdym lekarzu ciąży obowiązek stałego podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych.

Prokurator Generalny podniósł w kasacji, iż opinii biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, wbrew stanowisku Sądu I instancji, zaakceptowanemu przez Sąd Okręgowy, nie można uznać za spełniającą kryteria o jakich mowa w art. 201 k.p.k. Skarżący wskazuje, że biegli przyjęli, iż zaistniałe w przebiegu procesu leczniczego komplikacje około i pozabiegowe oraz powikłania zdrowotne, jakie wystąpiły u chorego i ostatecznie zgon J. Z., należy rozpatrywać jako niezawinione niepowodzenie diagnostyczno – lecznicze, które jednakże mieściło się w granicach przyjętego ryzyka. W ocenie biegłych za takie komplikacje i powikłania zdrowotne, wynikłe w trakcie leczenia, w sytuacji braku zaistnienia obiektywnych przesłanek błędu medycznego, nie można obciążać odpowiedzialnością lekarzy leczących. Stwierdzone pewne uchybienia i nieprawidłowości o charakterze organizacyjnym, niewłaściwe prowadzenie dokumentacji medycznej, zasadne wątpliwości co do przestrzegania procedury uzyskiwania formalnej „świadomej” zgody na zabieg – jakkolwiek są istotne dla całokształtu oceny poprawności funkcjonowania Kliniki Kardiologii Szpitala /.../ –

nie miały bezpośredniego związku z wystąpieniem ostatecznie niepomyślnego efektu i zgonem chorego.

W opinii biegli udzielili odpowiedzi na 277 pytań dodatkowych zadanych przez prokuratora i pokrzywdzonych. Analiza niektórych odpowiedzi biegłych dowodzi, że stanowią one zaprzeczenie generalnej tezy opinii, iż proces diagnozowania oraz leczenia pacjenta J. Z. był właściwy i zgodny ze sztuką medyczną.

Prokurator Generalny zwrócił uwagę na problematykę zawartą w odpowiedzi biegłych na pytanie nr 231, która brzmi cyt. „Jeśliby uznać, iż zapisane w dokumentacji medycznej leki to wszystkie podane pacjentowi, to i tak nie można stwierdzić, iż sposób leczenia farmakologicznego był zgodny ze standardami, właściwy i optymalny.” Z zacytowanego fragmentu opinii, zdaniem Prokuratora Generalnego wynika, że leczenia farmakologiczne, które było bardzo istotnym składnikiem kompleksowego leczenia J. Z., nie było ani zgodne ze standardami wiedzy medycznej, ani właściwe i optymalne.

W tej sytuacji należy uznać, że pomiędzy wnioskiem końcowym opinii ze str. 70 a treścią odpowiedzi na pytanie 231 istnieje istotna sprzeczność, której Sąd I instancji w ogóle nie dostrzegł, zaś Sąd Okręgowy dokonując kontroli odwoławczej owe wadliwe ustalenia Sądu Rejonowego zaaprobował.

Z opinii zespołu biegłych ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wynika, że prawidłowe leczenie farmakologiczne miało bardzo istotny wpływ na cały proces (por. odpowiedzi biegłych na pytania nr 13, nr 84, nr 233).

Biegli z zakresu farmakologii, udzielając odpowiedzi na pytania z tej dziedziny, stwierdzili, że w procesie leczenia pacjenta J. Z. popełniono błędy związane z „odstawieniem” leku Plavix, działającym przeciwzakrzepowo /przeciwplytkowo. (por. odpowiedzi na pytania nr: 85, str. 129, nr 90, str. 131 – 132, nr 189, str. 182 – 183, nr 192, str. 183 – 184, nr. 223, str. 205). Błędem w procesie leczenia farmakologicznego pacjenta było niepodawanie mu blokera II b/ III a od początku leczenia (odpowiedź na pytanie 60, str. 118).

Z opinii biegłych wynika, że rozpoczęcie podawania leku Plavix wiąże się z koniecznością jego dalszego nieprzerwanego (codziennego) stosowania po interwencjach w ramach ostrego zespołu wieńcowego, jak i po planowanej interwencji wieńcowej zakończonej implantacją stentu wieńcowego (por. odpowiedź na pytanie 13, str. 85 opinii). Według biegłych, zaprzestanie podawania leku

Plavix mogło przyczynić się do zakrzepicy w stencie i następującego zawału serca (odpowiedź na pytanie nr. 84, str. 129).

Prokurator Generalny podkreśla, że w aktach sprawy znajduje się opinia Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie oraz zeznanie lekarza kardiologa M. K., z których to dowodów wynika, że zaprzestano podawania ww. leku pacjentowi po II zabiegu koronaroplastyki, w związku z uszkodzeniem naczynia wewnętrznego. Biegli pomimo tego uznali, że błędu medycznego nie popełniono. Z kolei w odpowiedzi na pytanie nr 195 biegli wskazują, że przerwanie podawania Plavixu (klopidogrelu) byłoby błędem medycznym, którego konsekwencją byłby wzrost ryzyka zakrzepicy w stenach (pytanie 222, str. 204 – 205), który jak wynika z ostatniej angiografii (2 lipca 2006 r.) odegrał kluczową rolę w patomechanizmie zgonu.

Prokurator Generalny wskazuje, iż w odpowiedzi na pyt. 195, (str. 184 - 185) w brzmieniu: „Czy przerwanie podawania klopidogrelu, w sytuacji w jakiej znajdował się J. Z. byłoby błędem w sztuce lekarskiej? Czy śmierć chorego mogła być konsekwencją tego błędu?”, biegli udzielili następującej odpowiedzi: „Przerwanie podawania klopidogrelu, w sytuacji w jakiej znajdował się J. Z. byłoby niezgodne z aktualnie obowiązującym stanem wiedzy medycznej. Stanowiłoby to czynnik niekorzystny rokowniczo, który poprzez wzrost ryzyka wystąpienia zakrzepicy w stenach, mógłby odegrać zasadniczą rolę z złożonym patomechanizmem zgonu”. Z uwagi na specyficzne określenia natury medycznej, dodać należy, że taki składnik zawiera lek Plavix.

Z kolei na pytanie nr 157, str. 165 opinii, cyt.: „Czy dokumentacja medyczna i objawy jakie wystąpiły ok. godziny 22, dnia 1 lipca 2006 r. u J. Z., opisane w zeznaniach pielęgniarek U. F., A. M. oraz lekarza dyżurnego K. S. (pacjent informujący o wystąpieniu bardzo silnego bólu początkowo w okolicy żuchwowej a następnie bólu w okolicy przedsercowej, ból z uwagi na natężenie utrudniał pacjentowi mówienie, pacjent siedział na łóżku blady, spocony, informował, że jest mu duszno, nastąpił znaczny spadek ciśnienia krwi (ciśnienie skurczowe 75) - wskazywały na wystąpienie zawału serca za wstrząsem kardiogenym? Odpowiedź biegłych: „Przedstawione objawy sugerowały wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego ze wstrząsem kardiogenym”.

Udzielając odpowiedzi na pytanie nr 169, czy postępowanie ratunkowe wdrożone było w pełnym możliwym zakresie i w odpowiednim czasie, biegli uznali,



że jedynym skutecznym postępowaniem w tamtej sytuacji klinicznej była pilna koronarografia z ewentualną następczą angioplastyką wieńcową. Jednocześnie podali, że wobec złożonego obrazu klinicznego choroby J. Z., postawienie właściwego rozpoznania było procesem czasochłonnym. Trudno było też biegłym ocenić, czy i na ile wcześniej można było zdiagnozować chorobę i przez to przyspieszyć interwencję wieńcową.

Słusznie zatem Prokurator Generalny wskazuje, że ci sami biegli popadają w wewnętrzną sprzeczność, nie wypowiadając się jednoznacznie, czy proces diagnozowania był dynamiczny, ciągły i prawidłowy, skoro wcześniej orzekli, że doszło do wstrząsu kardiogennego, stanowiącego stan bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta. Z kolei ze stanowiska biegłych zawartego na str. 70 opinii, wynika, że nie dopatrują się w realiach niniejszej sprawy zaistnienia błędu medycznego.

Trafnie Prokurator Generalny wywodzi, że Sąd Rejonowy a także Sąd Okręgowy nie rozważył faktu, iż świadek dr M. K., uprzednio zatrudniony w tejże Klinice jako kardiolog, poproszony przez rodzinę J. Z., przyjechał w nocy w dniu 1 lipca 2006 r. do Kliniki i analizując wyniki badań EKG z godz. 22:28 J. Z., wykonane przez oskarżoną K. S., stwierdził rozpoczynający się zawał. Według tego świadka pacjent był w bardzo złym stanie i wymagał pilnej interwencji hemodynamicznej, o czym poinformował lekarza dyżurnego oskarżoną K. S.

Biegli, którym zadano w tej kwestii pytanie nr 247 opinii, str. 219-220, udzielili odpowiedzi zupełnie innej treści, niż postawione pytanie, twierdząc że dr. M. K. nie mógł wydawać poleceń lekarzowi dyżurnemu – oskarżonej K. S., zaś ta, ich zdaniem, konsultowała problemy kardiologiczne z dr. K. i dr. K.

Biegli zauważyli, że oskarżona K. S. nie powinna wykonywać poleceń dr. M. K., był on dla niej osobą nieznaną i obcą.

Z drugiej strony faktem jest, że oskarżona K. S. udostępniła M. K. EKG J. Z. i udzieliła ustnych informacji o rodzaju podjętych przez nią czynności diagnostycznych.

Na pytanie nr 164, str. 168 w brzmieniu cyt. „Jakich objawów klinicznych w przypadku pacjenta J. Z. po godzinie 22.00, dnia 1 lipca 2006 r. brakowało, aby lekarz dyżurny wdrożył właściwe postępowanie ratunkowe z zakresu intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia w szczególności intensywne działania mające na celu stabilizację stanu pacjenta, w tym zapewnienie właściwego utlenienia krwi oraz opanowania bólu i towarzyszącego mu niepokoju”, biegli odpowiedzieli, że nie

brakowało żadnych objawów, jednak działania z zakresu intensywnej terapii nie były priorytetem, ponieważ bez udrożnienia naczyń wieńcowych nie miały szans powodzenia i dalej, że na podstawie całości obrazu klinicznego można było przypuszczać, że pacjent wymaga pilnej interwencji wieńcowej.

Prokurator Generalny odwołuje się też do stanowiska biegłych zawartego w opinii, w części dotyczącej pytania 150 (str. 162 opinii) w brzmieniu cyt. „Czy koronarogramy z dnia 2 lipca 2006 r. wykazują całkowitą niedrożność gałęzi zstępującej przedniej i gałęzi okalającej z rozległym wykrzepieniem w miejscach założonych stentów? Jeśli tak, to czy było to bezpośrednim powodem zawału serca z następczym wstrząsem kardiogenym, zatrzymaniem krążenia i śmiercią pacjenta?”, odpowiedź: „Tak, powyższe stwierdzenie jest prawdziwe. W naszej ocenie w przypadku pacjenta J. Z. niedrożność obu gałęzi lewej tętnicy wieńcowej była związana z podostrą zakrzepicą w obu wcześniej wszczepionych stentach. To było powodem zawału serca i następczego wstrząsu kardiogenego u ww. chorego.

Zakrzepica w stencie w takim czasie po zabiegu implantacji stentu/stentów najczęściej związana jest z brakiem skuteczności leczenia przeciwplatekowego. Jak wiadomo u chorego J. Z. został stwierdzony bardzo niski poziom kłopidogrelu, podstawowego leku obok kwasu acetylosalicylowego niezbędnego dla utrzymania drożności i przepływu krwi w naczyniu poddawany stentowaniu. Taka sytuacja zdarza się z częstością średnio około 1 % przypadków wszystkich zabiegów PCI z implantacją stentu (ów)”.

Biegli uznali za niewłaściwe transportowanie pacjenta do pracowni hemodynamiki w dniu 1 lipca 2006 r. bez zabezpieczenia tlenowego, który w tym konkretnym przypadku winien być bezwzględnie podawany (pytanie 226, str. 207 opinii). W czasie owego transportu był przewożony bez udziału lekarza oraz bez monitorowania pracy serca, którego praca ustała przed podjęciem czynności medycznych koronarografii.

W odpowiedzi na pytanie nr 115 (str. 143) opinii, biegli stwierdzili, że wielkość zawału serca zależy od wielkości obszaru unaczynienia przez tętnicę dozawałową i czasu jej niedrożności. Praktycznie ważne jest opóźnienie w udrożnieniu tętnicy, zdaniem biegłych tzw. „złota godzina”, a potem znaczenie mają już nawet minuty. Ponadto w odpowiedzi na pytanie nr 130 opinii (str. 150) biegli orzekli, że szanse na przeżycie zawałowego wstrząsu kardiogenego „rosną znamiennie” przy wykonaniu skutecznej rewaskularyzacji przezskórnej.

Sąd Okręgowy nie dostrzegł, że w odpowiedzi na pytanie nr 50 opinii (str. 113) biegli odpowiedzieli, że 17-krotny wzrost w dniu 24 czerwca 2006 r. troponiny mógł wskazywać na stan bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia pacjenta J. Z. Biegli nie doprecyzowali swojego stanowiska, jakich okoliczności zabrakło, aby ów stan był realnym i bezpośrednim zagrożeniem dla życia i zdrowia chorego, udzielając w dalszej części ogólnej odpowiedzi, że taki stan wymagałaby obserwacji w oddziale kardiologicznym.

Zgodzić się w tych realiach należy ze stanowiskiem Prokuratora Generalnego, iż Sąd Rejonowy, procedując w tak skomplikowanej sprawie, na posiedzeniu prowadzonym w trybie art. 339 § 3 pkt 3 k.p.k. nie przeprowadził w sposób pełny oceny opinii biegłych.

Sąd Okręgowy, znając treść zarzutów podniesionych odnośnie tej kwestii w zażaleniach stron i pełnomocnika nie odniósł się do nich w zakresie jaki wynika z wymogu art. 433 § 2 k.p.k., czego odzwierciedleniem jest nader ogólnikowe uzasadnienie zaskarżonego postanowienia.

Jasną jest rzeczą, że instytucja z art. 339 § 3 pkt 2 k.p.k., umożliwiająca sądowi umorzenie postępowania karnego przed rozprawą w razie oczywistego braku podstaw do oskarżenia, wchodzi w rachubę jedynie wtedy, gdy mimo kompleksowego zgromadzenia dowodów, a więc nieistnienia braków postępowania, analiza zebranego materiału dowodowego – bez dokonywania na tym etapie procesu oceny poszczególnych dowodów pod względem merytorycznym – w ogóle nie daje podstaw do oskarżenia danej osoby o zarzucany jej czyn, a więc gdy żaden z tych dowodów nie wskazuje na prawdopodobieństwo popełnienia tego czynu lub nie uzasadnia możliwości popełnienia go przez oskarżonego. Takie stanowisko było prezentowane już pod rządami poprzedniej regulacji (art. 299 § 1 pkt 4 k.p.k. z 1969 r.) i jest przyjmowane także na gruncie obecnego k.p.k. z podkreśleniem, że instytucja ta nie może być stosowana przy braku jednoznacznej wymowy owych dowodów, to bowiem wymaga już przeprowadzenia rozprawy, a brak faktycznych podstaw oskarżenia ma być oczywisty, czyli uderzający, niewątpliwy (por. postanowienia Sądu Najwyższego: z dnia 3 listopada 1971 r., I KR 206/71, RPEiS 1972, nr 2, s. 331, z dnia 7 września 1994 r., III KRN 98/94, OSNKW 1994, z. 11-12, poz. 72 i z dnia 3 lutego 1999 r., V KKN 360/97 OSNPriPr 1999, nr 7-8, poz. 13).

Z kolei w postanowieniu z dnia 13 września 2005 r., V KK 143/05, Sąd Najwyższy stwierdził, że umorzenie postępowania przed rozprawą na posiedzeniu w trybie art. 339 § 3 pkt 1 k.p.k. może nastąpić w oparciu o art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k. tylko wówczas, gdy w sposób oczywisty z zebranego w postępowaniu przygotowawczym materiału dowodowego wynika, że zarzucony oskarżonemu czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego. Takie orzeczenie opierać się musi wyłącznie na niebudzących wątpliwości materiałach postępowania przygotowawczego. Gdy jednak zebrane dowody nie mają jednoznacznego wyrazu, gdy dokonanie trafnych ustaleń faktycznych, co do istotnych okoliczności czynu wymaga gruntownego zbadania i wieloaspektowej krytycznej oceny materiału dowodowego, to oczywiste jest, że umorzenie postępowania na posiedzeniu przed rozprawą nie jest dopuszczalne (R-OSNKW 2005, poz. 1650).

Prokurator Generalny podniósł, iż Sąd Okręgowy dokonując kontroli odwoławczej, w ogóle nie odniósł się do podniesionych w zażaleniach danych wynikających z przedłożonych przez oskarżycieli subsydiarnych w tej sprawie tzw. „opinii prywatnych”: dr. n.med. L. S. kierownika Pracowni Hemodynamiki i Oddziału Intensywnej Terapii Szpitala /.../ oraz lekarzy kardiologów i lekarzy innych specjalności z Kliniki Uniwersyteckiej w Bonn, dotyczyło to zwłaszcza zażalenia oskarżycielki subsydiarnej K. K. – Z.

Należy jednak przy tym zauważyć, że przepis art. 393 § 3 k.p.k. stanowi, iż mogą być odczytane na rozprawie wszelkie dokumenty prywatne, powstałe poza postępowaniem karnym i nie dla jego celów.

Opracowana zatem poza postępowaniem karnym, ale dla jego celów tzw. „opinia prywatna” nie może być odczytana na rozprawie jako dokument, gdyż stoi temu na przeszkodzie przepis art. 393 § 3 k.p.k., który dopuszcza możliwość odczytania w toku rozprawy głównej dokumentów powstałych poza postępowaniem karnym, ale nie dla jego celów. Jak podnosi się w doktrynie z punktu widzenia tego przepisu tzw. „dowody prywatne” gromadzone w sposób pozaprocesowy (prywatny) i nieformalny, lecz w celu ich wykorzystania w sprawie karnej są niedopuszczalne, zarówno jako dowody „właściwe”, jak i „weryfikujące” służące do oceny innych dowodów w rozumieniu art. 169 § 2 k.p.k. (por. R. Kmiecik, Dokumenty prywatne i ich „prywatne gromadzenie” w sprawach karnych, PiP 2004, z. 5, s. 10). Podkreśla się jednak, że w razie złożenia tzw. „opinii prywatnej” może być ona wykorzystana jako „dowód swobodny”, jak

również można na jej podstawie przyjąć, że niezbędne jest poszerzenie materiału dowodowego i wydać postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego, powołując w tym charakterze osobę, która jest autorem tzw. „opinii prywatnej” albo innego biegłego (por. Zb. Kwiatkowski, *Dopuszczalność wykorzystania opinii prywatnych w procesie karnym*, w: A. Przyborowska – Klimczak, A. Taracha (red.) *Iudicium et Scientia. Księga jubileuszowa Profesora Romualda Kmiecika*, Warszawa 2011, s. 579).

Niektórzy wskazują, że tzw. „opinia prywatna” nie tylko stanowi informację o dowodzie, ale w istocie wyraża intencję strony, aby w postępowaniu karnym została sporządzona ekspertyza biegłego, a zatem organ postępowania powinien taką „opinię prywatną” potraktować jako wniosek dowodowy o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego i to w dodatku tego, który sporządził „opinię prywatną” (por. A. Bojańczyk, *Dowód prywatny w postępowaniu karnym w perspektywie prawnoporównawczej*, Warszawa 2011, s. 478). Zdarza się też, iż strona przedstawia sądowi lub prokuratorowi tzw. „opinię prywatną”, która miałaby na celu zweryfikowanie opinii biegłego powołanego przez organ procesowy lub zwrócenie uwagi na istniejące w sprawie okoliczności, których ustalenie wymaga wiadomości specjalnych. W takim wypadku tzw. „opinia prywatna”, wskazując na ewentualne błędy w opinii biegłego ustanowionego przez organ procesowy ma charakter „metaopinii prywatnej” (P. Girdwoyń, *Zarys kryminalistycznej taktyki obrony*, Kraków 2004, s. 128). Krytykując przepis art. 393 § 3 k.p.k. A. Bojańczyk, stwierdza, że przepis ten cyt. „stanowi relikw sędziowskiej odrzucanej przez nowożytny proces karny zasady legalnej oceny dowodów- bezpodstawnie wyręcza bowiem sędziemu w dziedzinie swobodnej oceny dowodu, z góry uznając dokument prywatny sporządzony w toku postępowania karnego i dla jego celów za niewiarygodny i wyłączając ten dowód spod oceny sędziego. Ustawodawca nie daje zatem sędziemu szansy wyrobienia sobie stanowiska co do tego, czy dane pismo jest wiarygodne czy nie, bo z góry narzuca jego ocenę, przez eliminowanie go z materiału dowodowego jako apriorycznie niewiarygodnego” (A. Bojańczyk, *Art. 393 § 3 k.p.k. – czy relikw normatywny zasady legalnej oceny dowodów?*, w: J. Skorupka, *Rzetelny proces karny. Księga jubileuszowa Profesor Zofii Świdy*, Warszawa 2009, s. 465-466).

W doktrynie akcentuje się, że cyt. „działalność pozaprocesowa, z którą ustawa karnoprocesowa nie wiąże żadnych skutków prawnoprocesowych, podejmowana przez osoby nieupoważnione do tego w przepisach k.p.k., nie może być traktowana jako relewantna procesowo (dowodowo), skoro postępowanie dowodowe w sprawach karnych, w przeciwieństwie do postępowania cywilnego, obejmuje – w świetle przepisów k.p.k. – nie tylko przeprowadzenie dowodów na rozprawie, ale również czynności poszukiwawczo – dowodowe oraz czynności utrwalające dowody dla sądu w postępowaniu przygotowawczym. Rozważania odnoszące się do statusu „dowodów prywatnych” i ich poszukiwania *de lege lata* znajdują się zatem w ustawowej próżni, a wątpliwe jest aby *de lege ferenda* miało nastąpić upodobnienie procedury karnej do procedury cywilnej, która nie przewiduje obecnie postępowania przygotowawczego” (Z. Kmiecik, „Dowód prywatny” i tzw. zasada swobody dowodzenia w postępowaniu karnym, PiP 2013, z. 2, s. 40-41).

W przedmiotowej sprawie, która toczy się z oskarżenia subsydiarnego, kwestia możliwości wykorzystania w postępowaniu sądowym danych z tzw. „dowodów prywatnych”, zarysowana wyżej, także powinna być przedmiotem szerszych rozważań Sądu Okręgowego.

Kierując się przedstawionymi motywami Sąd Najwyższy na podstawie art. 537 § 2 k.p.k. orzekł jak w postanowieniu.