

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 22 grudnia 2017r.

Na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. R. (obecnie B.) począwszy od lutego 2010r. znajdowała się w ciąży, a opiekę nad nią od marca 2010r do października 2010r. sprawowała lekarka M. B. (1) z Poradni Ginekologicznej w M.. Przebieg ciąży był prawidłowy, a w trakcie badania USG wykonanego w dniu 17.05.2010r. w Poradni (...) w K. okazało się, iż jest to ciąża bliźniacza dwuowodniowa, jednokosmówkowa; jest to ciąża bliźniacza obciążona największym ryzykiem – ciąża, która sama przez się jest względnym wskazaniem do rozwiązania jej cięciem cesarskim ; oprócz tego jeden z płodów ułożony był poprzecznie, co stanowi bezwzględne wskazanie do operacyjnego rozwiązania ciąży (dowód: opinia biegłych B. Ś. i M. G. z Katedry Zakładu Medycyny Sądowej (...) we W. k. 47,163, 253). Całość sytuacji położniczej M. B. wymagała zatem prawidłowego przeprowadzenia badań lekarskich oraz należytej interpretacji wyników (opinia jw. k. 47 i 253- 254).

Lekarka prowadząca uświadamiała M. B., że rozwiązanie ciąży odbędzie się w drodze zabiegu cesarskiego cięcia, co w efekcie spowodowało, że w/w podczas przyjęcia do szpitala została zakwalifikowana do tego zabiegu, planowo, na następny dzień po przyjęciu tj. 13.10.2010r. (dowód na powyższe: okoliczności bezsporne wynikające z dokumentów k. 51, w szczególności k. 51/44 i 51/62 oraz z zeznań świadka M. O. – B. k. 230 i świadka M. P. k. 220). Ciężarna czuła się dobrze i spokojnie oczekiwała na zbliżający się termin porodu, wyczuwając przy tym ruchy płodu, przy czym nie mogła tego wyodrębnić, czy pochodzą one od każdego z żyjących bliźniaków (k. 214); w/w podjęła decyzję , iż chociaż wraz z mężem zamieszkuje na stałe w K., to jednak posiadając dom rodzinny w I. oraz w sytuacji kiedy prowadząca ciążę lekarka to sugerowała – dokonała wyboru, iż będzie rodzić w Wojewódzkim Szpitalu (...) II w K.. Gdy M. B. zgodnie ze skierowaniem M. O. – B. udała się w dniu 12.10.2010r. ok. godz. 8.00 do tego szpitala, to czynności pierwszych badań wykonywała położna H. K. (1). Osoba ta podpięła peloty dwóch urządzeń KTG marki P. i uzyskała wynik, który wzbudził jej zaniepokojenie, co było zauważalne dla M. B.; położna jednak nie ujawniała swoich spostrzeżeń pacjentce, ale ujawniła je lekarce E. G., iż nie odczytuje tętna obydwu płodów. W każdym razie H. K. niezwłocznie po tych badaniach osobiście odprowadziła M. B. na oddział ginekologiczno - położniczy i przekazała pod opiekę lekarki dyżurującej – osk. E. G. (dowód na powyższe: zeznania świadków M. B. k. 214, H. K. częściowo k. 223, dokument z wyodrębnionymi czynnościami personelu k. 207 i 208, wydruk z badania KTG k. 52/6 i 52/7, opinia biegłych k. 42 i nast.). Oskarżona E. G. przystąpiła do wykonania typowych czynności; zinterpretowała wynik badania KTG, uznając go za „niereaktywny”, bez akceleracji, a więc jako zapis wątpliwy; następnie wykonała badanie USG nabierając przekonania, iż ma obraz dwóch żywych płodów ułożonych jeden poprzecznie, a drugi podłużnie główkowo; wykonała również pomiar przepływu krwi tętnicy pępowinowej, który uznała za prawidłowy; zleciła również dalsze badania laboratoryjne i diagnostyczne, w tym powtarzanie badań KTG dwa razy dziennie (dowód: wyjaśnienia oskarżonej E. G. k. 212 i nast., opinia biegłych k. 46 i nast., dokumenty k. 52). Opisywane zaobserwowanie dwóch żywych płodów było w sposób oczywisty błędne, ponieważ jeden z płodów już wówczas nie żył - potwierdzają to późniejsze badania USG lek. J. P. stwierdzającego, że płód w położeniu poprzecznym prezentuje w obrębie głowy widoczny tzw. objaw S. tj. pośmiertne przemieszczanie się kości sklepienia czaszki w obrębie szwów czaszkowych (dowód: zeznania świadka J. P. k. 221, i nast., opinia biegłych k. 44 i 48, dokumenty k. 51, karta informacyjna k. 51/57). Oskarżona E. G. w tamtym czasie odbywała w tym szpitalu staż

specjalistyczny i nie legitymowała się certyfikatem uprawniającym do przeprowadzenia oraz interpretacji wyników badań USG (dowód: opinia biegłych k. 46 i 48, akta osobowe k. 87). Oprócz tego nieprawidłowy oraz możliwy do krytycznego zinterpretowania był zapis KTG z godz. 9.34, który wskazywał na zawyżoną, a okresowo nawet niema, milczącą oscylację oraz jedną decelerację do 100 ud/min. Sytuacja ta wymagała poszerzenia diagnostyki (E. G. wykonała wówczas w/ w badania USG, które były błędnie zinterpretowane), a w przypadku niedoświadczonej lekarki E. G., o ile by postępowała z należytą ostrożnością , zasięgnięcie konsultacji (na oddziale było wówczas 5 – 6 innych lekarzy k. 212v), czego oskarżona nie uczyniła i nie wykryła, że zapisy pochodzące z dwóch urządzeń KTG obrazują w istocie tętno tego samego płodu (dowód na powyższe: opinia biegłych k. 42 oraz 47 i nast., wydruk KTG k. 52/6 i 52/7 oraz 236). Jednocześnie E. G. w ogóle nie rozmawiała z M. B. i nie informowała jej o swoich spostrzeżeniach; zadała jej tylko jedno pytanie czy nie bierze jakichś leków dopochwowych (k. 9, 214), a następnie skierowała pacjentkę na patologię ciąży. Opisanie wyżej czynności odbywały się podczas przyjmowania M. B. na oddział. Konsekwencją zleconego przez E. G. powtórzenia badań KTG w późniejszym czasie (zapis „powtórzyć” – k. 42 i 52/7) było wykonanie kolejnego podpięcia dwóch kardiokardiofów ok. godz. 11.15, w wyniku czego jedna z położnych nabrała podejrzeń, czy aby nie jest uchwytne tętno tylko jednego dziecka; sytuację tą omówiła z drugą pielęgniarką, a sam wydruk badania został przedstawiony do konsultacji osk. J. G.- P. (zeznania M. B. jw., wyjaśnienia oskarżonej J. P. k. 211). Analiza całości sytuacji położniczej dokonana przez tą oskarżoną lekarkę była również nieprawidłowa. W szczególności oczywiście nie zostało stwierdzone obumarcie jednego z płodów, nie zostało też wychwycone, iż dwa wydruki badań akcji serca są tożsame i dotyczą tego samego płodu; oprócz tego wydruk wskazywał w pierwszych 16 min na bardzo znaczne zawężoną oscylację na poziomie częstości akcji serca 140 ud./min, w pozostałej części zapis o częstości podstawowej akcji serca płodu 135 ud./min na licznych, krótkich odcinkach, oscylacja zawężona. Wynik tego badania (podobnie jak badania z godz. 9.44) sam przez się stwarzał wskazania do zabiegowego rozwiązania ciąży (dowód na powyższe: opinia biegłych k. 42 , 48 oraz 254, wydruk k. 52/2 i 52/3 oraz 236). W tym swoim stanie płód M. B. został przez J. P. pozostawiony aż do godzin popołudniowych, kiedy to ok. godz. 18 – tej przyszła do pracy kolejna położna i nie stwierdziła tętna u jednego z płodów; wobec tego ok. godz. 19 – tej lek. J. P. przeprowadził badanie USG. Wcześniej dokonał osłuchania pelotą od aparatu KTG i poinformował o swoich podejrzeniach pacjentkę, która była bardzo zaniepokojona; poinformował ją również o konieczności wcześniejszego, niż planowane na następny dzień, wykonania zabiegu cięcia cesarskiego. Potwierdziwszy swoje spostrzeżenia w toku badań USG oraz dokonując konsultacji z drugim lekarzem dyżurującym A. K. (1), jak również po poinformowaniu telefonicznie ordynatora M. P. (2), przystąpiono do przygotowania oraz przeprowadzenia zabiegu (dowód: zeznania świadków J. P. (3) i A. K. (1) k. 221 i nast. oraz M. P. k. 220v). Zabieg trwał w godz. 20.00 – 20.40 i w jego wyniku przyszedł na świat syn M. B. o wadze ciała 3.150, którego stan ogólny był średni, żywotność osłabiona. W drugiej minucie życia bezdech, a później stwierdzona zamartwica umiarkowanego stopnia i anemia; ze względu na bezdech nastąpiło wahanie ogólnej oceny A. z 9 pkt po urodzeniu poprzez 6 pkt (konieczność sztucznego dotlenienia) i następnie wzrost do 10 pkt (dowód: opinia biegłych k. 39 i nast. wraz z opisywaną dokumentacją lekarską k. 51 i 236, historia noworodka k. 51/58). B. ułożony poprzecznie o wadze 2.900 był już martwy z cechami maceracji; badanie sekcyjne histopatologiczne wykazało zgon płodu przed przybyciem pacjentki do szpitala, co nie zostało wykryte przy jej przyjmowaniu na oddział oraz późniejszych badaniach ok godz. 11.15. W trakcie zabiegu porodowego ujawniono przebarwione wody płodowe o kolorze i zapachu popłuczyn mięsnych; sekcja i badania histopatologiczne ujawniły również I-II stopień maceracji płodu i stan zapalny popłodu (dowód: zeznania świadka A. K. k. 221, opinia biegłych k. 42, 49 -50, 257 i nast., dokumentacja k. 51 i 236, protokół sekcyjny k. 51/3).

Fakty ustalone zatem w opisany wyżej sposób obrazują istotne zaniedbania obydwu oskarżonych, polegające na niewłaściwej ocenie całości sytuacji położniczej M. B., a także nieprawidłowej interpretacji wykonywanych badań i co za tym idzie wyciąganie na ich podstawie nieprawidłowych wniosków (k. 47, 163 i 254, 258). Zachowania takie z racji tej, iż pochodziły od osób zobowiązanych do szczególnego, prawnego obowiązku opieki (relacja „lekarz-pacjent”) wyczerpują znamiona nieumyślnego przestępstwa z art. 160 § 2 i § 3 kk.

Dowody, które Sąd powoływał, są w swojej treści jasne i pozostają także we wzajemnym logicznym powiązaniu; dowody te są przekonywujące; ich ocena dokonana przez Sąd na podstawie zasad prawidłowego rozumowania, wskazań wiedzy oraz reguł doświadczenia życiowego musi niezbieżnie prowadzić do wniosku opisanego wyżej.

Oskarżona E. G. (2) nie przyznała się do winy (k. 212 i nast.) i wyjaśniła, że rozpoczęła tego dnia pracę o godz. 7.30 i zakończyła ją po godz. 15- tej oraz miała kontakt z pacjentką M. B., co do której przeanalizowała zapis KTG wykonany przez położną na izbie przyjęć; zapis ten oceniła jako „ niereaktywny” bez akceleracji , a więc jako zapis wątpliwy. Po wykonaniu badania USG, w wyniku którego miała stwierdzić prawidłowe przepływy krwi pępowinowej u obydwu bliźniaków, dokonała jeszcze zapisu na wydruku KTG, aby go w późniejszych godzinach powtórzyć. Wykonując USG była przekonana, iż obydwa płody są żywe i że widzi ich dwa bijące serca. Oskarżona stwierdziła, iż oscylacja tętna płodów była zawężona, ale nie spełniała kryteriów oscylacji niemej. Oskarżona stwierdziła ponadto, że została przez ordynatora dopuszczona, aby jako lekarz rezydent dokonywać badań USG i KTG oraz analizować ich wyniki. Nie widziała potrzeby, aby zapis KTG skonsultować z innym bardziej doświadczonym lekarzem. Wystarczało jej, aby zlecić powtórzenie badań KTG tym bardziej, że sama przeprowadziła równoległe badanie USG , którego wynik uznała za prawidłowy.

Nie przyznała się również do winy oskarżona J. P. (k. 211 i nast.) wyjaśniając, że wykonując pracę w godzinach od 7.30 do 15 –tej została poproszona ok. godz. 11 przez położną o konsultację zapisu KTG; po dokonaniu jego analizy uznała, że nie istnieje stan zagrożenia i że pacjentka może po prostu pozostawać na oddziale oraz że nie trzeba podejmować natychmiastowej interwencji. Wyjaśniła, że analizując treść zapisu była przekonana, że widzi zapis tętna dwóch żywych płodów oraz że w tym zapisie brak jest cech „ oscylacji zawężonej”. Stwierdziła, że pomimo braku akceleracji zapis nie był patologiczny; w związku z tym nie naciskała ani nie monitorowała, żeby wykonać kolejne badanie USG (niż to , które wcześniej wykonała E. G.). Widziała potrzebę aby zapis KTG powtórzyć oraz bardziej popatrzeć, lecz do końca swojej pracy takich badań nie zleciła , gdyż nie dostrzegła wyraźnego zagrożenia dla płodu Oskarżona zaprzeczała również, aby istniało zagrożenie niedotlenieniem dla dziecka, które później urodziło się żywe; stopień utlenowania krwi z badań biochemicznych tj. gazometrii, był prawidłowy.

Wyjaśnieniom obydwu oskarżonych, co do istoty uchybień, nie można dać wiary, co wynika przede wszystkim z treści dokumentów poddanych analizie przez biegłych oraz specjalistycznej opinii. Jak już wcześniej wykazano, nieprawidłowa była ocena, iż obydwa płody są żywe, ponieważ wydruki dwóch podpiętych jednocześnie kardiogramów - i to zarówno na izbie przyjęć, jak i na oddziale szpitalnym - wskazywały na zapis tętna jednego płodu; wydruki te były tożsame, zarówno z godz. 9.34 jak i z godz. 11.15 (k. 42 -43). Żadna z oskarżonych nie może skutecznie bronić się w tym układzie stwierdzeniem, iż być może pelota jednego z aparatów nie była należycie podpięta przez położną, i że to właśnie ją obciąża nieprawidłowy wynik badania, a tym samym nieprawidłowy wniosek lekarza oceniającego. Każde z urzędzeń bowiem zaprezentowało swoją aktywność, skoro dokonało wydruku zapisu tętna; zauważyła to w swoich wyjaśnieniach oskarżona J. P. (k. 211 in fine-212). Całkowicie błędne były również spostrzeżenia oskarżonej E. G. z przeprowadzonych badań

USG. Z całą pewnością bliźniak ułożony poprzecznie już wówczas był martwy, tak więc niemożliwe jest stwierdzenie jego akcji serca oraz przepływu krwi pępowinowej (k. 48, 49, 252, 253 i 255). Wydruki KTG (k. 236 oraz 52/2 do 52/7 – k. 42- 43) były nieprawidłowe; nasuwały one podejrzenie zagrożenia żyjącego płodu wewnątrzmacicznym niedotlenieniem (k. 48 i 255). Potwierdziły to późniejsze fakty – rozpoznanie u noworodka zamartwicy umiarkowanego stopnia (k. 49 i 43); oceny zapisów wykonane przez obydwie oskarżone były błędne, ponieważ dla 38 tygodniowej ciąży nie mogły być uznane za zapis prawidłowy – wykazały zawężoną, a nawet okresowo niemą, milczącą oscylację (k. 47 - 48).

Zeznania w sprawie, oprócz pokrzywdzonej, złożyli również świadkowie z personelu medycznego wiadomego szpitala, którzy mieli konkretny kontakt z pacjentką (k. 16 i 205 – 209). Ordynator oddziału M. P. potwierdził procedurę przyjmowania ciężarnej oraz jej zakwalifikowania osobiście przez siebie na następny dzień do planowego zabiegu cesarskiego cięcia (k. 220 oraz 52/44). Natomiast nie mogą ostać się twierdzenia świadka, iż pierwsze badania KTG, które ocenił były niepatologiczne; jest to sprzeczne z zasadami wiedzy przedstawionymi przez biegłych B. Ś. i M. G.. Co do zasady wiarygodne są również zeznania świadków A. K. i J. P., którzy przeprowadzali zabieg operacyjnego porodu, odnotowując swoje spostrzeżenia co do nieprawidłowego koloru wód płodowych, wskazującego na niedotlenienie żyjącego płodu (k. 221-222 oraz 51/46 oraz 49).

Świadek A. M. jako położna rozpoznała swoje czynności udokumentowane w aktach; przygotowywała M. B. do zabiegu cięcia cesarskiego i podawała jej leki (k. 219v oraz 51/61 oraz 51/66). Podobnie druga położna świadek B. P. potwierdziła sporządzony przez siebie raport pielęgniarstwa z dnia 12.10.2010r., iż M. B. jest zakwalifikowana do cięcia cesarskiego na następny dzień, zaś lekarz dyżurny dokonał oceny zapisu KTG (k. 219 – 220 i 51/62). Dalsze czynności przedstawili świadkowie -położne K. R. (1) i K. K. (1) (k. 222 – 223 oraz 208). K. R. rozpoczęła dyżur w dniu 12.10.2010r. od godz. 18 – tej i zajmowała się opieką nad pacjentką po zabiegu cesarskiego cięcia. Z kolei K. K. była położną oddziałową, która opisała sposób rozdzielania obowiązków oraz ich udokumentowania – stosownie do zleceń lekarskich. Zeznania tych świadków nie dostarczają informacji nakazujących dalszą ocenę, gdyż nie są sprzeczne z materiałem dowodowym, na którym Sąd się oparł.

Jeżeli chodzi o świadka A. J. to potwierdził on, iż pełnił rolę patrona specjalizacji oskarżonej E. G. (2); stwierdził, że oskarżona odbyła kursy i przeszkolenia z zakresu wykonywania badań USG oraz oceny zapisów KTG, a tym samym formalnie bez żadnego nadzoru mogła takie badania wykonywać i nie musiała konsultować wyników z bardziej doświadczonymi specjalistami – choć oczywiście miała taką możliwość. Świadek potwierdził, iż był osobiście odpowiedzialny za merytoryczne podnoszenie kwalifikacji E. G. i że zakończyła ona specjalizację pod jego kierunkiem dopiero w roku 2015 z racji urlopów macierzyńskich (k. 223v oraz 63-64 oraz 87 – akta osobowe). Z opinii biegłych wynika, że oskarżona E. G., która nie posiadała specjalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa nie miała również certyfikatu uprawniającego ją do przeprowadzenia wiadomych badań USG, od strony formalnej mogła jednak te badania wykonywać i interpretować ich wyniki bez konsultacji, powinna jednak baczyć na całość stanu M. B. i na to, że nawet profesjonalnie przeprowadzone badanie USG nie daje 100-procentowej wiarygodności; przy ciąży mnogiej i powikłanej nieprawidłowym ułożeniem płodów winna wystąpić dostosowana do tego stanu diagnostyka; podejmując się samodzielnej interpretacji wyników E. G. świadomie wzięła na siebie całe ryzyko błędu diagnostycznego. Obydwa płody nie mogły bowiem przetaczać krwi pępowinowej, zaś lekarka nie opisała w trakcie badania obecności ruchów obydwu płodów; oceniła natomiast dwukrotnie akcję serca tego samego płodu. Stało się tak pomimo, że jeden z płodów był już wówczas martwy (opinia k. 48 i 106).

Nie są również miarodajne wyjaśnienia oskarżonej J. P. (4), o ile twierdzi ona, iż oceniane przezeń zapisy KTG były prawidłowe. Przede wszystkim były one mało wnikliwie, skoro oskarżona twierdzi, że była przekonana, że dostrzega zapis tętna dwóch żywych płodów; błędne jest również zaprzeczanie zaistnieniu „oscylacji zawężonej”, błędne jest także twierdzenie, iż wyniki gazometrii noworodka były prawidłowe – w tym zakresie biegli wypowiedzieli się, iż brak jest w dokumentacji danych aby zaraz po urodzeniu ok. godz. 20.10 dokonano badania gazometrii z krwi pępowinowej; badanie to wykonano z krwi łożniczkowej o godz. 21.42. Tak więc stan równowagi kwasowo – zasadowej bezpośrednio po urodzeniu noworodka nie znajduje potwierdzenia w miarodajnych badaniach gazometrycznych, zaś u noworodka nastąpił jednak bezdech wymagający sztucznej wentylacji (opinia k. 258).

W wyjaśnieniach obydwu oskarżonych pojawia się również sugestia, iżby jakąś część winy ponosiły położne, które podpiwały peloty do ciała M. B., i które nie zgłaszały lekarzom żadnych nieprawidłowości w wynikach. Zdaniem Sądu taka próba przerzucenia odpowiedzialności musi być uznana za nieskuteczną, ponieważ to lekarz prowadzący leczenie ma obowiązek samodzielnej weryfikacji danych diagnostycznych; powinien kierować się ograniczonym zaufaniem do spostrzeżeń swoich współpracowników – tym bardziej personelu pomocniczego; w tym wypadku naturalny musiał być „duży margines niewiary”. Przebieg porodu M. B. wskazywał na duże zróżnicowanie poziomu uwagi i doświadczenia położnych. H. K. (1) bowiem zauważyła podejrzenie braku tętna u jednego z płodów i zakomunikowała to E. G. (k. 214). Następnie zaś dwie nieustalone położne komunikowały się ze sobą, że urządzenie KTG „odzwierciedla to samo” (jedno tętno z dwóch pelot), lecz nie wzywały lekarza, nie były szczególnie zaniepokojone i zignorowały swoje wrażenia (k. 6 i 213v i 214v). Dopiero gdy po godz. 18 – tej ciężarną zajęła się kolejna położna, która przysłała na swoją zmianę, to zaskutkowało to zainteresowaniem J. P., powtórzeniem badań USG oraz niezwłocznym zabiegiem. Należy także zauważyć rutynowe podejście ordynatora oddziału M. P., który pomimo zaznajomienia się z wynikami badań w dniu 12.10.2010r. podjął decyzję o zakwalifikowaniu ciężarnej do zabiegu cesarskiego cięcia na dzień następny (k. 220 i 51/44, 51/62).

Obydwie oskarżone w swoich wyjaśnieniach nieomal powieliły wywód wyrażony na piśmie przez dr. hab. G. R. (k. 138, 139), iż zapisy badań KTG z godz. 9.34 i 11.15 „były zapisami niereaktywnymi i nie spełniały kryterium zapisów nieprawidłowych”. Autor ten jednak nie odniósł się do całości sytuacji położniczej M. B., ani też do ewidentnie mało wnikliwych badań USG. Podobnie autor kolejnej prywatnej opinii lek. W. T. użył tożsamych stwierdzeń; podał również, że nierozpoznanie obumarcia jednego z płodów w toku badań USG może się zdarzyć. Wywody obydwu autorów zostały poddane ocenie biegłych, którzy podtrzymali swoje wnioski z opinii pierwotnej (k. 163). Zdaniem Sądu opinia uzupełniająca B. Ś. i M. G. jest konsekwentna, logiczna, zgodna z dokumentacją oraz odpowiednią interpretacją faktów na tle aktualnej wiedzy. Należy stale podkreślać, iż M. B. z racji bardzo skomplikowanej ciąży mnogiej powinna być poddana odpowiednio pogłębionej diagnostyce, zaś takiego postępowania położniczego nie było; ewidentna była zawężona oscylacja i podejrzenie wewnątrzmacicznego niedotlenienia płodu, zwłaszcza że utrzymywało się ono w kolejnych badaniach i potwierdziło się w bezdechu u noworodka (opinia uzupełniająca k. 163, 164). W kolejnej opinii uzupełniającej w sposób całkowicie zaaprobowany przez Sąd biegli wypowiedzieli się również, że stawianie pojedynczych pytań w oderwaniu od całości sytuacji położniczej pokrzywdzonej sprawa wrażenie, że jest to jedyny i zasadniczy problem w ocenie postępowania lekarskiego (k. 256 - 257).

Sąd uznał na tle poczynionych ustaleń, że konieczne jest dokonanie wzbogacenia opisu i zmiany kwalifikacji prawnej czynów (o czym strony uprzedzono – k.279), gdyż znamię istnienia szczególnego, prawnego obowiązku opieki oraz zastosowanie art. 160§2 kk jest oczywiste - występowało niewątpliwie od początku postępowania, zaś niepodanie go w akcie oskarżenia

musiało być wynikiem przeoczenia. W sposób niebudzący bowiem wątpliwości lekarz jest podmiotem na którym ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo i wynikało to z przepisów ustrojowych służby zdrowia oraz praw pacjenta. Ponadto niewątpliwie biegli nie użyli nieznanego medycynie pojęcia tj. oscylacji „niemąmilczącej” , to oskarżyciel publiczny błędnie połączył podane przez biegłych dwa wyrazy na określenie tego samego stanu (k. 47) i zawarł to w zarzucie. Oprócz tego zdaniem Sądu konieczne było zawarcie w opisie czynu zaniechań (błędów diagnostycznych), które obrazują dogłębnie sytuację położniczą, w której znajdowała się poszkodowana i jej dziecko, a co nie zostało należycie zinterpretowane przez każdą z oskarżonych. Zdaniem Sądu powinno być opisane w zarzucie to, że żadna z oskarżonych nie rozpoznała zgonu jednego z płodów oraz że była to ciąża powikłana – gdyż w ten sposób staje się dobrze widoczny zakres niedbalstwa podczas opieki nad pacjentką.

W ocenie Sądu zawinienie każdej oskarżonej w zakresie narażenia noworodka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu , tkwi w niezachowaniu reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach . Stopień stworzonego zagrożenia bezpieczeństwa lokuje zatem, zdaniem Sądu, zachowanie oskarżonych w polu znamion przestępstwa nieumyślnego; oskarżone nie chciała popełnić czynu zabronionego, ale powinny i mogły przewidywać , że naruszając reguły ostrożności nałożone aktualną wiedzą medyczną oraz przepisami prawa powszechnego i korporacyjnego mogą doprowadzić do zwiększenia stopnia niebezpieczeństwa dla noworodka M. B..

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi w art. 30, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Zgodnie z treścią art. 6,7 i 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta, pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ,ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym ; przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych. Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi w art.2 i art.8 ,że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, że najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego, i że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Są to normy znane i ugruntowane w środowisku medycznym.

Zgodnie z postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 30-10-2008 r. sygn. I KZP 13/08 (OSNKW 2008/11/90) pełna prawnokarna ochrona zdrowia i życia przysługuje dziecku nienarodzonemu od rozpoczęcia porodu (naturalnego) tj. od rozpoczęcia skurczów macicy . W innym judykacie tj. wyroku z dnia 21.8.2012 r. (sygn. IV KK 42/12, (...)) Sąd Najwyższy uznał, iż lekarz-gwarant poniesie odpowiedzialność karną z art. 160 § 2 lub § 3 KK, gdy "swoim zachowaniem (zaniechaniem) zdynamizował” bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku dla zdrowia u osoby, wobec której występował w roli gwaranta nienastąpienia skutku. Warunek natomiast odpowiedzialności karnej lekarza-gwaranta z art. 160 § 2 i 3 KK w postaci obiektywnego przypisania mu skutku będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądane zachowanie, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby realnemu narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tak więc nie ulega wątpliwości, że owym skutkiem jest narażenie człowieka na

bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a nie dopiero stan, w którym życie albo zdrowie ludzkie jest już zagrożone". W tym samym wyroku, na tle analizy normatywnej przepisu art. 160 § 2 KK, Sąd Najwyższy zawarł tezę, iż "lekarz obowiązany jest podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostyczno-terapeutyczne, jakie tylko w danej chwili i warunkach są możliwe i jakie wynikają z aktualnego stanu wiedzy medycznej, gdy tylko ich zaniechanie narażałoby człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Opóźnienie rozwiązania ciąży, spowodowane nieprawidłową oceną badań USG i KTG, narażało noworodka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (k.50) . Każda oskarżona naruszyła zatem reguły ostrożności , których przestrzeganie miało zapobiec realizacji znamion czynu zabronionego, na tej drodze na której ów czyn rzeczywiście nastąpił. Swoim błędem diagnostycznym E. G. i J. P. spowodowały zwiększenie stanu niebezpieczeństwa w jakim znalazł się noworodek, w stan bardziej niebezpieczny.

Skoro kwalifikacja prawna czynu oskarżonych przestała budzić wątpliwości przeto należało każdej oskarżonej wymierzyć karę odpowiednią do stopnia winy , do stopnia społecznej szkodliwości czynu oraz do potrzeb związanych z celami zapobiegawczymi i ogólnoprewencyjnymi. Wymiar kary zastosowany przez Sąd w odniesieniu do E. G. i J. P. spełnia powyższe kryteria. Przestępstwo z art. 160§3 kk zagrożone jest alternatywnie karą grzywny, ograniczenia wolności ,albo pozbawienia wolności do roku. W ocenie Sądu wymiar kary grzywny jest jak najbardziej celowe ,gdyż jest odpowiednie do stopnia winy mierzonego rodzajem i treścią naruszonych przez każdą oskarżoną reguł ostrożności, stwarza też konkretną dolegliwość dla każdej oskarżonej, jest ponadto współmierne do potrzeb penalizacji w ogóle – wymiar kary innego rodzaju byłoby po prostu niecelowe i stanowiłoby wyraz odstępstwa od zasady proporcjonalności. Oskarżone stać ponadto na uiszczenie odpowiednio dolegliwej grzywny. Ustawowy wymiar kary grzywny zawierał się w granicach od 10-ciu do 540-tu stawek dziennych (art.33§1kk). Sąd orzekł wobec każdej oskarżonej grzywnę w ilości 200 stawek dziennych. Oskarżone posiadają źródła zarobkowania i majątek uzasadniające wymiar jednej stawki dziennej na kwotę 100 złotych (k. 94,95, 211). W ten sposób Sąd dając wyraz prymatu sankcji o charakterze wolnościowym ,jednocześnie stworzył określoną dolegliwość dla każdego sprawcy. Ten wymiar kary spowoduje wytworzenie u oskarżonych określonego stosunku do popełnionego przestępstwa , a także zapobiegnie naruszeniu porządku prawnego w przyszłości. Tak ukształtowany wymiar kary jest również odpowiedni do celów związanych ze społecznym oddziaływaniem wyroku.

Koszty postępowania ,których zwrot należy się Skarbowi Państwa od każdej oskarżonej składają się z wydatków na opinie biegłych 669, 71 zł k.107), (...),98 (k.158), 4492,64 zł (k.260), łącznie 6,371,33, opłaty za kartę karną 30 zł i ryczałtu za doręczenia w postępowaniu przygotowawczym i sądowym dwa razy po 20 zł. Razem 6.441,33 zł, podzielone wg słuszności na dwie oskarżone.

Wynagrodzenie pełnomocnika oskarżycielki posiłkowej Sąd określił stosownie do głosu końcowego (k.278) na kwoty po 1250 zł, zgodnie z przedłożonym rachunkiem (k. 274-276).

z/ odpis wyroku z uzasadnieniem dor. obrońcy i pełnomocnikowi osk. posiłk.