

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

S. Ż. był wieloletnim pacjentem lekarza rodzinnego J. B.. Oskarżony jako lekarz Niepublicznego Ambulatoryjnego ZOZ Przychodni (...) w P. był obowiązany do opieki nad tym pacjentem . W dniu 07 maja 2010 r do oskarżonego zgłosił się S. Ż. , który uskarżał się na utrzymujący się od kilku miesięcy kaszel oraz wykrztuszanie białej wydzieliny. J. B. skierował pacjenta na zdjęcie RTG klatki piersiowej. W dniu 27 maja 2010 r S. Ż. zgłosił się do swojego lekarza rodzinnego ze zdjęciem wraz z opisem wykonanym przez lekarza S. Q.. Lekarz radiolog zawarł w sporządzonym przez siebie formularzu następujący zapis „dyskretne zacinienie ogniskowe 16 mm (przypadkowy układ cieni?) na tle górnego bieguna wnęki płuca lewego , do dalszej obserwacji”. Pomimo tak niejasnego i budzącego wątpliwości zapisu w kontekście stanu fizycznego pacjenta , oskarżony nie poszerzył dalszych czynności diagnostycznych stwierdzonej zmiany w płucu lewym. Oskarżony ograniczył się do zapisania pacjentowi antybiotyku (...). Podczas kolejnych wizyt S. Ż. u lekarza rodzinnego , stwierdzona zmiana na płucu lewym nie była przedmiotem dalszego postępowania medycznego. W dniach od 28 lutego 2011r do 04 marca 2011r S. Ż. przebywał na Oddziale Wewnętrznym Szpitala (...) w P. w powodu postępującego chudnięcia. Podczas wykonanych badań stwierdzono u pacjenta rozległą zmianę patologiczną 50x55 mm w górnym biegunie wnęki płuca lewego . Poza tym stwierdzono zmiany w nadnerczach. Mimo podjętego leczenia ostatecznie 17 sierpnia 2011 r. pacjent S. Ż. zmarł w wyniku zaawansowanej choroby nowotworowej.

Niejednoznaczna zmiana, opisana w wyniku badania RTG, winna wzbudzić zainteresowanie ze strony J. B., albowiem jako lekarz prowadzący od wielu lat tego pacjenta posiadał wiedzę, że S. Ż. znajdował się w grupie osób wysokiego ryzyka nowotworów układu oddechowego. Pacjent będący w wieku 68 lat był wieloletnim palaczem papierosów z przewlekłym kaszlem i nawracającymi infekcjami górnych dróg oddechowych. Nie podejmując w dniu 27 maja 2010 r dalszych czynności diagnostycznych, zmierzających do wykrycia u pacjenta S. Ż. choroby nowotworowej płuca lewego oskarżony naraził go w sposób nieumyślny na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia.

(dowód: wyjaśnienia oskarżonego J. B. k. 52, 52v.102v. – 103; 103v.; zeznania świadków: G. Ż. k. 50v. – 52v.; I. Z. k. 52v. 53; S. Q. k. 53v. – 54; opinia zespołu biegłych (...) w K. k. 101v – 104 oraz k.148-167 akt sprawy ; pisemne zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa wraz z załącznikami sporządzonymi przez G. Ż. k. 1-2, 4, 7 – 8 akt sprawy ; potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dokumentacji dot. pacjenta S. Ż. z (...) Publicznego Zespołu (...) w O. k. 16 – 40 akt sprawy; potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dokumentacji dot. pacjenta S. Ż. z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, Szpital (...) w P. k. 42 – 59, 113, 129 akt sprawy ; potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia dokumentacji dot. pacjenta S. Ż. z Niepublicznego Ambulatoryjnego Zakładu Opieki Zdrowotnej, Przychodni (...) w P. k. 61 – 95 akt sprawy ; pismo z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, Szpital (...) w P. z dnia 30.12.2013 r. k. 99, 128 akt sprawy ; nośniki CD (4 szt.) z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, Szpital (...) w P. z wynikami i badaniami RTG i TK pacjenta S. Ż. k. 102 akt sprawy; protokół zatrzymania rzeczy k. 132 – 134 akt sprawy)

Oskarżony J. B. nie przyznał się do popełnienia zarzucanego mu czynu. Wyjaśnił, że pacjent faktycznie od wielu lat pozostawał pod jego opieką. Każda wizyta w gabinecie była związana z badaniem przedmiotowym, wówczas ordynowane były leki. Pacjent kierowany był na liczne konsultacje specjalistyczne, jeśli takowe były potrzebne. Pacjent ten był zadowolony z wizyt i nawiązała się pomiędzy lekarzem a pacjentem relacja bliskości, przyjaźni. Pacjent mógł zmienić lekarza, ale tego nie uczynił. Odnośnie postawionego zarzutu oskarżony podał, że pacjent nie zgłaszał żadnych objawów typowych dla raka płuc. J. B. skierował go na zdjęcie RTG. Ze zdjęciem S. Ż. zgłosił się po około trzech tygodniach. Opis zdjęcia był taki jak został przytoczony. Oskarżony zaznaczył, że korzysta z opisów zdjęć radiologicznych S. Q. od około 20 lat i zawsze był przyzwyczajony do jego opisu. Jeśli było coś niepokojącego na zdjęciu zawsze S. Q. dawał dodatkowe sugestie, które trzeba było wykonać. W tym wypadku czytając, że jest to dyskretne zacinienie, możliwość przypadkowego układu cieni, oskarżony nie odniósł wrażenia, że jest to coś poważnego. Nie otrzymał takiego zdjęcia z opisem, że jest to zmiana guzowata. W takim wypadku natychmiast skierowałby pacjenta

do pulmonologa, ewentualnie do szpitala. W czasie następnych wizyt pacjent zgłaszał się z innymi dolegliwościami i udzielane mu były porady stosownie do zgłaszanych dolegliwości. Oskarżony stwierdził, że w ciągu następnych wizyt nie było objawów alarmowych typowych dla raka płuc. W czasie przeprowadzonych badań przedmiotowych oskarżony pisał, że płuca były osłuchowo bez zmian.

(vide wyjaśnienia oskarżonego J. B. k. 50v., 52, 52v., 102v. – 103; 103v.)

Sąd zważył, co następuje:

Sąd dał wiarę wyjaśnieniom oskarżonego odnośnie przebiegu wydarzeń. Wprawdzie nie przyznał się on do popełnienia zarzuconego mu czynu, to jednak nie kwestionował poczynionych w toku postępowania ustaleń dotyczących przebiegu procesu leczenia pacjenta S. Ż. , podejmowanych wobec niego działań od momentu skierowania go na zdjęcie RTG klatki piersiowej w dniu 07 maja 2010 r. i prowadzonych wobec niego dalszych czynności leczniczych. Wyjaśnienia oskarżonego znajdują potwierdzenie w zapisach dokumentacji medycznej związanej z akt (k. 16 – 40, k. 42 – 59, 113, 129, k. 61 – 95) oraz na nośnikach CD z wynikami badań (k. 102). Wiarygodność tych dowodów, w ocenie sądu, nie budzi żadnych wątpliwości.

Jako prawdziwe ocenił też sąd zeznania świadków G. Ż., I. Z. i S. Q.. Świadkowie podali jedynie to, co zaobserwowali i zapamiętali. W zeznaniach tych świadków Sąd nie doszukał się okoliczności tego rodzaju, które przesądzałyby o ich niewiarygodności. G. Ż. i I. Z. ocenili kontakty lekarza J. B. z pacjentem S. Ż., każdy ze swojej perspektywy. W ocenie sądu pomimo odmiennej oceny kontaktów lekarza z pacjentem, zeznania świadków wzajemnie się nie wykluczały. W ocenie sądu każda z osób bliskich dla zmarłego S. Ż. miała prawo do własnej oceny zachowania lekarza rodzinnego . Syn zmarłego G. Ż. podał, że w jego ocenie leczenie nie było właściwe. Świadek miał świadomość, że w przeszłości lekarz uratował jego ojcu życie, ale w ostatnim okresie jego podejście do pacjenta zmieniło się radykalnie na gorsze. Ojciec w ostatnim czasie często skarżył mu się na opiekę medyczną i personalnie na doktora B.. Uważał, że ma złą opiekę. Doktor B. w ogóle nie był zaangażowany w leczenie. Miał zdjęcie rentgenowskie i widać było, że coś jest nie tak. Nie podjął skutecznego leczenia względem ojca (vide k. 51). Odmianą ocenę tych relacji przedstawiła z kolei I. Z.. W ocenie tego świadka, jej ojczym miał właściwą opiekę u doktora J. B.. Tyle lat się leczył i był zadowolony. W przeszłości doktor uratował mu nawet życie. Świadek bardzo dobrze oceniała pracę lekarza. Ojczym palił dużo papierosów i to było przyczyną nowotworu. Sąd oceniając zeznania tego świadka miał na uwadze, iż I. Z. nie ma wiedzy specjalistycznej odnośnie rozpatrywanej sytuacji. Poza tym jest zatrudniona jako pielęgniarka i może mieć kontakty zawodowe z oskarżonym. Była również sama zapisana do tego lekarza jako pacjentka. Sąd nie odmawia świadkowi prawa do własnej subiektywnej oceny zaobserwowanych zdarzeń, nie mniej sam jest zobowiązany do poczynienia w sprawie ustaleń obiektywnych w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy. Z tych przyczyn, choć zeznania I. Z., stały w opozycji do pozostałych dowodów zgromadzonych w sprawie były wiarygodne. Stanowiły one bowiem jedynie ocenę świadka odnośnie zaobserwowanej sytuacji.

Jako istotne dla sprawy sąd ocenił zeznania świadka S. Q., tj. lekarza, który robił pierwsze zdjęcie RTG klatki piersiowej S. Ż. i dokonał opisu tego zdjęcia. Świadek przyznał wprost, że w opisie zdjęcia wątpliwości są istotne. W takim wypadku trzeba pacjenta brać pod obserwację. Robi się kontrolne zdjęcie. Należy podjąć cały wachlarz działań. Przeprowadzić wywiad, badania dodatkowe, zdjęcia dodatkowe, konsultację pulmonologiczną. Dalsza obserwacja należy do komórki klinicznej (k. 53v. – 54). W ocenie sądu świadek zeznał szczerze. S. Q. krytycznie podszedł do relacjonowanego przypadku, negatywnie ocenił również swój udział w przedmiotowej sprawie z perspektywy czasu i uczciwie zeznał odnośnie popełnionych błędów w procesie diagnozowania pacjenta S. Ż.. Ponadto, relacja powyższa koreluje z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie.

Zakwestionował sąd natomiast te wyjaśnienia oskarżonego, w których twierdził, że opieka sprawowana przez niego nad S. Ż. była prawidłowa, bowiem pacjent nie okazywał żadnych symptomów choroby nowotworowej. Przeciwnie bowiem wnioski wypływają z opinii sądowno lekarskiej sporządzonej przez zespół biegłych (...) w K.. Podkreślić należy, iż opinia biegłych M. K., J. K., D. B. i S. N. złożona została w oparciu o cały zebrany w sprawie materiał dowodowy, a w szczególności na podstawie istniejącej dokumentacji lekarskiej. Zdaniem sądu opinia ta w pełni

zasługuje na przyznanie jej przymiotu wiarygodności. Jest ona spójna i wyczerpująca oraz została naukowo i logicznie uzasadniona. Dokonane przez biegłych oceny oraz wyprowadzone wnioski są, w ocenie sądu, zgodne z doświadczeniem życiowym oraz wskazaniem wiedzy, jak również uzasadnione w świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego. Wprawdzie oskarżony kwestionował treść tej opinii to jednak zdaniem sądu ocena taka nie zasługiwała na uwzględnienie. Kwestionowanie dowodu z opinii biegłych wymaga od strony wykazania, że była ona oparta na błędnych przesłankach, bądź nie odpowiada aktualnemu stanowi wiedzy w danej dziedzinie lub też jest sprzeczna z zasadami logicznego rozumowania. Procedura karna nie daje ani organowi procesowemu, ani stronom prawa do jednostronnego, arbitralnego zdyskwalifikowania opinii biegłego bez wykazania, że jest ona niepełna lub niejasna albo została sporządzona nierzetelnie (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 26 czerwca 2013 r., o sygn. II AKa 103/13, KZS 2013/7-8/51, LEX 1391622). Przekonanie oskarżonego, iż niekorzystna dla niego opinia biegłych powinna być wyeliminowana, bez zaistnienia jakichkolwiek innych przesłanek w postaci niepełności, czy niejasności, z pewnością nie może przemawiać za koniecznością wydania nowej opinii.

Biegli wykazali, że nieprawidłowości w postępowaniu medycznym, wdrożonym wobec chorego przez lekarzy J. B. i S. Q., skutkowały przeniesieniem go w stan bardziej niebezpieczny od wyjściowo istniejącego, nie uchylenia istniejącego niebezpieczeństwa oraz pomniejszenia szans leczniczych i niewątpliwego pogorszenia rokowania. Wykazane nieprawidłowości, które mieszczą się w pojęciu błędu diagnostycznego oraz decyzyjnego i które zaistniały w postępowaniu wdrożonym wobec S. Ż. niewątpliwie uniemożliwiły podjęcie skutecznej próby uchylenia stanu niebezpieczeństwa w jakim pacjent znajdował się - niezależnie od uzyskanego efektu terapeutycznego oraz ostatecznego skutku jaki nastąpiłby.

W ocenie sądu, nie może się ostać twierdzenie oskarżonego o prawidłowości sprawowanej przez niego opieki nad S. Ż.. Wobec uzyskania opisu zdjęcia RTG zleconego 07 maja 2010 r., stwierdzającego obecność zacięcia w obrębie wnęki płuca lewego (obraz niejednoznaczny), u wieloletniego palacza i z przewlekłym kaszlem, należało bezwzględnie pogłębić czynności diagnostyczne. Na lekarzu prowadzącym pacjenta spoczywa bowiem obowiązek krytycznego ustosunkowania się do uzyskanego opisu badania radiologicznego i wyciągnięcia dalszych wniosków diagnostycznych – terapeutycznych. Należy zgodzić się z biegłymi, że w kontekście okoliczności leżących po stronie pacjenta, oskarżony winien skonsultować się z opisującym zdjęcie radiologiem pod kątem poszerzenia diagnostyki obrazowej, ewentualnie skierować S. Ż. na konsultację pulmonologiczną. Nie podejmując żadnych działań w tym zakresie oskarżony spowodował opóźnienie w podjęciu leczenia choroby nowotworowej u pacjenta o około 8 miesięcy. Nawet przy założeniu, że w maju 2010 r. nowotwór był rozsiany w organizmie chorego, zaniechanie poszerzenia diagnostyki radiologicznej zmniejszyło szanse terapeutyczne co najmniej na przedłużenie jego życia (opinia ustna k.102).

W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności wydanej w sprawie opinii stwierdzić należy, że oskarżony J. B. dopuścił się błędu w diagnostyce S. Ż.. Błąd diagnostyczny polega na przyjęciu niewłaściwych przesłanek diagnozy postawionej przez lekarza. Może to być spowodowane powierzchownością badania pacjenta lub wręcz zaniechaniem przeprowadzenia badania, nieprzeprowadzeniem badań dodatkowych, specjalistycznych, wymaganych zgodnie z wiedzą medyczną, złą interpretacją wyników badań. Badaniem powierzchownym jest takie badanie, które odbiega od przeciętnego i powszechnego przyjętego w praktyce i uznawanego za mieszczące się w ramach lege artis badania w analogicznych przypadkach (vide: wyrok SN z dnia 01.04.2008r., sygn. akt IV KK 381/07, OSNKW 2008/7/56). W niniejszej sprawie zespół biegłych wskazał, że standardem w rozpatrywanej sytuacji winno być pogłębienie diagnostyki, względnie dodatkowa konsultacja z lekarzem wykonującym zdjęcie RTG, czego oskarżony zaniechał. Tym samym oskarżony dopuścił się błędu, skutkującego pomniejszeniem szans leczniczych pacjenta i niewątpliwym pogorszeniem rokowania. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r., poz. 464, j.t.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis ten ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza, zawiera bowiem podstawowe dyrektywy, którymi każdy lekarz powinien się kierować, podejmując aktywność zawodową. Przewiduje

on wiążące lekarza obowiązki, a równocześnie zarysowuje granice wynikających z nich powinności. Obowiązki te tworzą nierozłączną całość w tym sensie, że lekarz wykonujący świadczenia zdrowotne musi stosować się do wszystkich wynikających z przepisu wymagań. Z art. 4 w/w ustawy wynika, po pierwsze, obowiązek wykonywania przez lekarza zawodu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, jednak z zastrzeżeniem, że dostępnymi mu metodami i środkami. Po drugie przepis ten ustanawia obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej. Po trzecie wprowadza on nakaz zachowania przy wykonywaniu czynności zawodowych należytej staranności. Lekarz ma wykonywać swój zawód *lege artis*, tzn. zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Zgodnie z przyjętą w orzecznictwie i w doktrynie wykładnią, lekarz - jako gwarant najwyższej dbałości oraz staranności o życie i zdrowie człowieka - jest zobowiązany do tego, by odwracać niebezpieczeństwo i zagrożenie dla tych dóbr, a nie do tego, by je nie zwiększać. Gwarant ma bowiem obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane, jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa „pierwotnego” - a nie tylko takie, które mogą do tego prowadzić w sposób pewny (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 2013 r., o sygn. WK 14/13, LEX 1375270).

Przestępstwo z art. 160 k.k. jest przestępstwem narażenia człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Podstawą penalizacji jest każde działanie albo zaniechanie, które stwarza bezpośrednie niebezpieczeństwo, tzn. zmienia sytuację z bezpiecznej na taką, w której występuje niezwłoczne zagrożenie dla życia lub zdrowia człowieka w zakresie ciężkiego uszczerbku. W orzecznictwie wskazuje się, że o bezpośredniości zagrożenia przesądza wysoki stopień prawdopodobieństwa zaistnienia wymienionych w art. 160 § 1 k.k. skutków - bez dalszych czy dodatkowych czynności ze strony sprawcy lub innych osób (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 1973 r., Rw 902/73, OSNPG 1974, nr 2, poz. 24, LEX 16804 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 1983 r., II KR 219/83, OSNKW 1984, nr 5, poz. 54, LEX 19934). Skoro skutkiem przestępstwa jest samo „narażenie” na niebezpieczeństwo (czyli sprowadzenie już samej możliwości wystąpienia określonych niebezpiecznych dla zdrowia lub życia następstw), to odpowiedzialności karnej z art. 160 § 2 k.k. podlega lekarz - gwarant, który w wyniku zaniechania udzielenia właściwego świadczenia zdrowotnego zdynamizował swą bezczynnością przebieg i rozwój procesów chorobowych u pacjenta w ten sposób, że zaczęły one bezpośrednio zagrażać jego życiu i zdrowiu (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 sierpnia 2012 r., IV KK 42/12, LEX 1220930). Lekarz obowiązany jest bronić ludzkiego życia i zdrowia, gdy tylko są one zagrożone i jego odpowiedzialności nie uchyla sam fakt, że nawet gdyby postępował prawidłowo, to i tak nie dałoby się wykluczyć, że pacjent by zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Reasumując sąd uznał oskarżonego za winnego tego, że w dniu 27 maja 2010 r jako lekarz Niepublicznego Ambulatoryjnego ZOZ Poradni Podstawowej (...) w P. pomimo ciążyącego na nim obowiązku opieki nie podjął czynności diagnostycznych zmierzających do wykrycia u pacjenta S. Ż. choroby nowotworowej płuca lewego, choć na podstawie okoliczności związanych z pacjentem możliwość wystąpienia u niego tej choroby mógł przewidzieć, czym naraził S. Ż. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, co stanowi występki z art. 160 § 2 i § 3 k.k. Występek z art.160 § 3 kk ma charakter nieumyślny. Popelniający go sprawca nie ma zamiaru narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale jednak go naraża w wyniku niezachowania wymaganej w danych okolicznościach ostrożności, w sytuacji, w której narażenie człowieka przewidywał lub obiektywnie biorąc mógł przewidzieć (art.9 § 2 kk).

Wymierzając oskarżonemu karę, sąd uwzględnił całokształt okoliczności podmiotowych i przedmiotowych popełnionego przez niego czynu. Sąd miał przy tym na uwadze zarówno okoliczności łagodzące, jak i okoliczności obciążające sprawcę. Oskarżony od wielu lat wykonuje zawód lekarza i niewątpliwie posiada dużą wiedzę zawodową i doświadczenie. Mimo tego dopuścił się istotnego błędu diagnostycznego. J. B. zamiast dołożyć należytej staranności, oparł się na rutynie. Mimo istnienia okoliczności po stronie pacjenta S. Ż., które nakazywały ostrożność, nie podjął wymaganych w danej sytuacji czynności diagnostycznych. Niewątpliwie czyn oskarżonego polegający na zaniechaniu charakteryzuje się nieumyślnością. W świetle ustaleń postępowania dowodowego błąd oskarżonego godził w życie pacjenta S. Ż.. Wprawdzie nie istnieją dowody wskazujące na przyczynienie się J. B. do śmierci pacjenta, tym niemniej

podjęcie przez niego wymaganych w danej sytuacji działań , wpłynęłoby na przedłużenie jego życia. Życie i zdrowie człowieka jest dobrem szczególnie chronionym przez porządek prawny. Człowiek korzystający z opieki lekarza ma prawo liczyć ,że zostanie mu ona zapewniona na właściwym poziomie. W rozpatrywanej sytuacji rozgoryczenie i żal G. Ż. kierowane wobec zachowania oskarżonego , znajdują swoje uzasadnienie. Uznano ,że społeczna szkodliwość czynu oskarżonego jest znaczna. Sąd miał również na względzie to, iż opieka sprawowana przez oskarżonego nad S. Ż. była przez wiele lat prawidłowa. Pacjent kierowany był wedle potrzeby na badania specjalistyczne. W przeszłości J. B. uratował mu nawet życie, co znalazło uznanie także w zeznaniach oskarżyciela posiłkowego G. Ż.. Przy wymiarze kary sąd uwzględnił dotychczasowy nienaganny przebieg pracy zawodowej jak i dotychczasowy tryb życia oskarżonego oraz jego niekaralność. Sąd w oparciu o przepis art.160 § 3 kk wymierzył oskarżonemu karę grzywny w wysokości 100 stawek dziennych, przy ustaleniu wysokości jednej stawki na kwotę 100 złotych. Przy wymiarze kary sąd miał na uwadze dochody oskarżonego oraz jego stosunki rodzinne i majątkowe. Dolegliwość wymierzonej kary w żadnym stopniu nie przekracza stopnia winy oskarżonego.

Na podstawie art. 627 k.p.k. sąd zasądził od oskarżonego na rzecz G. Ż. kwotę 3.230 złotych na podstawie przedłożonych rachunków tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

O kosztach sądowych orzeczono w pkt III wyroku obciążając nimi oskarżonego w całości.

ZARZĄDZENIE

- (...);

- (...)

- (...).

P., dnia (...)