

Sygn.akt IC 88/15

Dnia 12 kwietnia 2017r.

Sąd Okręgowy w Nowym Sączu I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący : SSO Małgorzata Franczak – Opiela

Protokolant : st. sekr. sąd. Jadwiga Pietrzak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 3 kwietnia 2017r. w N.

sprawy z powództwa J. S. (1), A. S., P. S.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) im. dr O. S. w Z.

o zapłatę i ustalenie

I. zasądza od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) im. dr O. S. w Z. na rzecz powódek J. S. (1), A. S. i P. S. kwoty po 54.672,00 zł (pięćdziesiąt cztery tysiące sześćset siedemdziesiąt dwa złote 00/100) z ustawowymi odsetkami od 21 listopada 2014r. do dnia zapłaty,

II. zasądza od (...) Publicznego Szpitala (...) im. dr O. S. w Z. na rzecz powódek J. S. (1), A. S. i P. S. rentę w kwocie po 690,00 zł (sześćset dziewięćdziesiąt złotych 00/100) miesięcznie płatną do 10 – tego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności renty za okres od 1 października 2012r. do 31 sierpnia 2013r.

III. umarza postępowanie w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość,

IV. w pozostałym zakresie powództwo oddala,

V. nakazuje ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Nowym Sączu od powódek J. S. (1), A. S. i P. S. kwoty po 4.540,47 zł (cztery tysiące pięćset czterdzieści złotych czterdzieści siedem groszy) tytułem części wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa, oraz z zasądzonych na rzecz powódek roszczenia w pkt I i II wyroku kwoty po 5.346,00 zł (pięć tysięcy trzysta czterdzieści sześć złotych 00/100) tytułem opłaty od pozwu, a od pozwanego (...) Publicznego Szpitala (...) im. dr O. S. w Z. kwotę 7.999,89 zł (siedem tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt dziewięć złotych osiemdziesiąt dziewięć groszy) tytułem części wydatków tymczasowo poniesionych przez Skarb Państwa i kwotę 9.340,00 zł (dziewięć tysięcy trzysta czterdzieści złotych 00/100) tytułem opłaty od uwzględnionego żądania,

VI. koszty postępowania między stronami wzajemnie znosi.

Sygn. akt I C 88/15

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 12 kwietnia 2017 roku

W pozwie z dnia 21 czerwca 2013 r., wniesionym do Sądu Okręgowego w Rzeszowie, a skierowanym przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...) w Z. powód J. S. (2) domagał się:

1. zadośćuczynienia w kwocie 450.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 21 listopada 2012 r. do dnia zapłaty - w związku z doznaną krzywdą, bólem, cierpieniem oraz urazem psychicznym, a także trwałym uszczerbkiem na zdrowiu;
2. zasądzenia odszkodowania kwocie 17.427 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 21 listopada 2012 r. do dnia zapłaty – tytułem kosztów sprawowania opieki nad powodem do dnia 30 września 2012 r. (po tej dacie koszty opieki zostały uwzględnione w rencie na zwiększone potrzeby);

3. zasądzenia renty w kwocie 2.670 zł miesięcznie, płatnej do 10-go dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności renty w terminie, poczynając od 10 października 2012 roku - z tytułu zwiększonych potrzeb oraz zmniejszonych perspektyw na przyszłość;
4. ustalenia odpowiedzialności pozwanego za skutki wypadku, które mogą ujawnić się u powoda w przyszłości;
5. zasądzenia od pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu J. S. (2) podał, że w okresie od 28 marca do 22 kwietnia 2011 r. przebywał w pozwanym szpitalu w związku z planowanym leczeniem operacyjnym usunięcia guza śródpiersia. Operacja została przeprowadzona bez otwierania klatki piersiowej, poprzez wziernikowanie. Polegało to na wykonaniu nacięcia na szyi, nad mostkiem, następnie przeprowadzono tunelizację śródpiersia. W trakcie wykonywania zabiegu, którego celem było dotarcie do węzłów chłonnych śródpiersia, doszło do uszkodzenia tętnicy szyjnej i podobojczykowej. Uszkodzenie tętnicy było bardzo poważne, gdyż doszło u powoda do udaru niedokrwiennego, co w konsekwencji doprowadziło do nieodwracalnych zmian zdrowotnych, doszło do uszkodzenia centralnego układu nerwowego. U powoda wystąpił zespół psychoorganiczny otępienny o średnim nasileniu. Dalej J. S. (2) podał, że lekarze podejmując się wykonania tego zabiegu mieli świadomość trudności zabiegu i większego niż zazwyczaj ryzyka, gdyż powód przeszedł uprzednio kilka operacji szyi i radioterapię zewnętrzną co istotnie wpłynęło na pole operacyjne. Według strony powodowej, w podjętej metodzie leczenia u powoda doszło do powstania zdarzenia medycznego polegającego na uszkodzeniu innego organu na skutek niezachowania należytej staranności podczas wykonywania zabiegu. Jednocześnie powód podniósł, że przedmiotowy zabieg był obarczony dużym ryzykiem, które nie zostało mu dostatecznie wyjaśnione. Dokument, który podpisał przed operacją nie spełniał norm zgody objaśnionej i przez to był wadliwy. Oświadczenie woli powoda w sytuacji braku świadomości co do ryzyka i skutków zabiegu było więc nieważne. Kolejnym całkowicie bezprawnym działaniem ze strony lekarzy pozwanego szpitala było, odebranie zgody na zabieg tracheostomii, od powoda który znajdował się w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji. W tej sytuacji zgoda od powoda nie została prawidłowo odebrana. Wszystko to świadczy o nienależytej staranności ze strony personelu pozwanego szpitala zarówno w kwestii odebrania zgód, udzielenia informacji, jak i w kwestii przeprowadzenia samej operacji, co doprowadziło do nieodwracalnych konsekwencji oraz naruszyło dobra osobiste powoda. Dalej J. S. (2) podał, że zaufał lekarzom z pozwanego szpitala, powierzył im swoje życie i zdrowie, udał się po fachową pomoc, a tymczasem została mu wyrządzona krzywda, która w znaczny sposób pogorszyła jego sytuację życiową. W ocenie powoda doznał on ogromnej krzywdy w stosunku do której adekwatnym zadośćuczynieniem jest kwota 450.000 zł. Nie jest on bowiem w stanie normalnie funkcjonować, nie odzyskał sprawności intelektualnej sprzed dnia operacji, nie jest w stanie kierować swoim życiem, ani też postępowaniem. Nie potrafi czytać, ani pisać, nie pamięta podstawowych działań matematycznych. Nie jest w stanie samodzielnie poruszać się po ulicy, nie potrafi zrobić podstawowych zakupów, nie rozumie do czego służą pieniądze. Został ubezwłasnowolniony i jego sprawami zajmuje się żona J. S. (1) jako opiekun prawny. Choć przed operacją był poważnie chory to jednak funkcjonował samodzielnie, nie miał dysfunkcji neurologicznych. Uzasadniając żądanie odszkodowania za koszty opieki powód podał, że po opuszczeniu szpitala w Z., a następnie po pobycie na leczeniu w szpitalu w R., od lipca 2011 roku do stycznia 2012 roku przebywał w Hospicjum w R.. Potem przebywał w domu i na co dzień opiekę sprawowała nad nim żona. Jednocześnie opieka ta przekraczała zakres powinności wobec członka rodziny wynikający z obowiązku alimentacyjnego. W tej sytuacji powód rozliczał koszty opieki wynoszącej 8 godzin na dobę przez 9 miesięcy (273 dni do 30 września 2012 r.) przy przyjęciu stawki 8 zł za godzinę opieki. Jeśli zaś chodzi o koszty opieki za dalszy okres to rozliczał je w ramach żądania renty. Jako elementy składowe renty wskazał: 1) koszty związane z zakupem lekarstw - ok. 150 zł miesięcznie, 1) koszty dojazdów, wizyt kontrolnych, zajęć logopedycznych, rehabilitacji ruchowej - około 600 zł miesięcznie, 3) koszty opieki osób trzecich - ok. 1.920 zł miesięcznie (30 dni x 8 godz. x 8 zł). Na koniec powód podał, że data wymagalności roszczeń tj. 21 listopada 2012 r. została określona w ten sposób, że pismo ze sprecyzowanymi roszczeniami do ubezpieczyciela zostało wysłane 19 października 2012 r. i do tej daty doliczył 5 dni na doręczenie korespondencji oraz dodatkowo 30 dni na przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego.

Postanowieniem z dnia 27 grudnia 2013 r. (k. 245) Sąd Apelacyjny w Rzeszowie zmienił postanowienie Sądu Okręgowego w Rzeszowie z dnia 26 września 2013 r. (k. 234) w ten sposób, że zwolnił powoda J. S. (2) od kosztów sądowych w całości.

Postanowieniem z dnia 3 marca 2014 r. (k. 263) Sąd Okręgowy w Rzeszowie zawiesił postępowanie w sprawie z uwagi na śmierć powoda w dniu 3 stycznia 2014 r. Następnie postanowieniem z dnia 27 czerwca 2014 r. (k. 280) postępowanie zostało podjęte z udziałem spadkobierców J. S. (2) tj. J. S. (1) (żony) oraz A. S. i P. S. (córek).

W piśmie z dnia 25 lipca 2014 r. (k. 288- 290) powódki sprecyzowały żądania pozwu w ten sposób, że każda z nich domagała się:

1. zasądzenia kwoty 169.174 zł wraz z ustawowymi odsetkami na wypadek zwłoki liczonymi od kwot:

a) **150.000 zł** (tytułem zadośćuczynienia) od dnia 21 listopada 2012 r. do dnia zapłaty;

b) **13.350 zł** – (tytułem renty) od października 2012 r. do dnia zapłaty z tym, że odsetki te będą liczone według zestawienia:

- od kwoty 890 zł za okres od 11 października do 10 listopada 2012 r.,

- od kwoty 1.780 zł za okres od 11 listopada do 10 grudnia 2012 r.,

- od kwoty 2670 zł za okres od 11 grudnia 2012 r. do 10 stycznia 2013r.,

- od kwoty 3.560 zł za okres od 11 stycznia do 10 lutego 2013 r.,

- od kwoty 4.450 zł za okres od 11 lutego do 10 marca 2013 r.,

- od kwoty 5.340 zł za okres od 11 marca do 10 kwietnia 2013 r.,

- od kwoty 6.230 zł za okres od 11 kwietnia do 10 maja 2013 r.

- od kwoty 7.120 zł za okres od 11 maja do 10 czerwca 2013 r.,

- od kwoty 8.010 zł za okres od 11 czerwca do 10 lipca 2013 r.

- od kwoty 8.900 zł za okres od 11 lipca do 10 sierpnia 2013 r.,

- od kwoty 9.790 zł za okres od 11 sierpnia do 10 września 2013 r.,

- od kwoty 10680 zł za okres od 11 września do 10 października 2013 r.

- od kwoty 11570 zł za okres od 11 października do 10 listopada 2013 r.

- od kwoty 12.460 zł za okres od 11 listopada do 10 grudnia 2013 r.,

- od kwoty 13.350 zł za okres od 11 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty,

c) **5.824 zł** (odszkodowania za koszty opieki) od dnia 21 listopada 2012 r. do dnia zapłaty,

2. zasądzenia kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według przedłożonego spisu kosztów (k. 611).

Poza powyższym powódki wskazały, że cofają pozew w zakresie ustalenia odpowiedzialności na przyszłość.

Postanowieniem z dnia 23 września 2014 r. Sąd Okręgowy w Rzeszowie zwolnił powódki od obowiązku uiszczenia opłaty sądowej od pozwu (k. 308), a w postanowieniu z dnia 16 grudnia 2014 r. (k. 342) uznał się niewłaściwym miejscowo i sprawę przekazał do tut. Sądu.

W odpowiedzi na powyższe żądania pozwany (k. 336 – 339) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko pozwany przyznał, że J. S. (2) miał przeprowadzany zabieg w kwietniu 2011 r. w jego szpitalu jednakże wbrew twierdzeniom pozwu został on wykonany prawidłowo. Uszkodzenie tętnicy szyjnej wspólnej przy preparowaniu dojścia operacyjnego cięciem kołnierзовym z wycięciem starej blizny było możliwym powikłaniem mającym związek szczególnie z uszkodzeniem popromiennym tkanek po radioterapii oraz ich zbliznowaceniem po wcześniejszych zabiegach. Powstanie zrostów w okolicy operowanej było związane z indywidualną reakcją na poprzednie zabiegi oraz radioterapię. Pęknięcie tętnicy szyjnej, nie wynikało z pomyłki czy błędu operującego chirurga, tylko ze zmian ściany tętnicy, z powodu radioterapii, co wraz z obecnością zrostów po poprzednich zabiegach doprowadziło do większej podatności tętnicy na uszkodzenie. Dalej pozwany podkreślił, że operacja była konieczna z powodu braku innych alternatywnych, skutecznych sposobów leczenia raka rdzeniastego tarczycy w przypadku stwierdzonych u J. S. (2) przerzutów nowotworowych. Radykalne leczenie chirurgiczne stwarzało jedyną realną szansę na remisję choroby. Po stwierdzeniu powikłania J. S. (2) miał przeprowadzony zabieg naprawczy naczyniowy w zakresie uszkodzonej tętnicy. Został także poinformowany o planowanym zabiegu oraz o możliwych powikłaniach związanych z zabiegiem, zatem zarzuty dotyczące braku świadomej zgody na leczenie operacyjne są niesłuszne. J. S. (2) podpisując się pod zgodą na zabieg operacyjny potwierdził, że został poinformowany o planowym zabiegu operacyjnym oraz o możliwych powikłaniach związanych z zabiegiem. Dodatkowo w dokumentacji znajduje się opis dla pacjenta, szczegółowo omawiający zabieg i możliwe powikłania. Zabieg tracheostomii w przypadku obustronnego porażenia strun głosowych bez powrotu funkcji miał po okresie 12 dni przedłużonej intubacji dróg oddechowych status wyższej konieczności. Zarzut strony powodowej, że J. S. (2) nie miał świadomości wyrażenia zgody na zabieg tracheostomii jest całkowicie bezpodstawny, ponieważ pod stwierdzeniem, że od J. S. (2) uzyskano świadomą zgodę na wykonanie zabiegu tracheostomii podpisała się obok dwóch lekarzy specjalistów i pielęgniarki również powódka J. S. (1). Podsumowując pozwany stwierdził, że jego pracownicy podczas udzielania J. S. (2) świadczeń medycznych nie popełnili błędu medycznego oraz dołożyli należytej staranności. Trwały uszczerbek na zdrowiu był związany z wystąpieniem możliwego powikłania leczenia operacyjnego zmiany przerzutowej raka rdzeniastego tarczycy.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

J. S. (2) (ur. (...)) w 1998 r. zawarł związek małżeński z J. S. (1) (ur. (...)). Ze związku tego w dniu (...) urodziła im się córka P. S.. Dla J. S. (2) był to drugi związek małżeński. Z pierwszego małżeństwa posiadał córkę A. S. (ur. (...)).

W związku ze zdiagnozowanym złośliwym rakiem rdzeniastym tarczycy, w lutym 2009 r. J. S. (2) przebył chirurgiczne usunięcie tarczycy i obustronne usunięcie węzłów chłonnych szyi. Z uwagi na wystąpienie przerzutów nowotworowych do węzłów chłonnych szyi po lewej stronie, w kwietniu 2009 r. przeprowadzono chirurgiczne ich usunięcie. Kolejną operację chirurgiczną z powodu przerzutów do węzłów chłonnych szyi po prawej stronie przeprowadzono w lipcu 2009 r. Podczas każdej z tych operacji usuwano inne grupy węzłów chłonnych. W okresie od października do grudnia 2009 roku J. S. (2) przebył uzupełniającą radioterapię na obszar szyi. Następnie z powodu węzłowej wznowy nowotworu, w marcu 2010 r., w(...) - Instytucie im. (...) w G., przebył kolejną operację szyi w technice ROLL (z podaniem radioaktywnego znacznika). Z uwagi na obserwowane w badaniach laboratoryjnych bardzo wysokie stężenia kalcytoniny (hormonu tarczycy), w lipcu 2010 r. wykonano mu badanie TK jamy brzusznej i klatki piersiowej, w celu wykrycia ewentualnych odległych przerzutów raka rdzeniastego. Badanie to wykazało podejrzenie przerzutów nowotworowych do prawego płata wątroby oraz węzłów chłonnych śródpiersia. Potem w październiku 2010 r. wykonano u niego badanie RM jamy brzusznej, które potwierdziło podejrzenie przerzutów nowotworowych do wątroby, jednak były one do różnicowania z naczyniakami wątroby. Do rozważenia zalecono wykonanie biopsji i badania mikroskopowego. Z uwagi na niejednoznaczne wyniki badań obrazowych, J. S. (2) zakwalifikowano do scyntygrafii oraz badania PET w dniach 18 i 19 stycznia 2011 r. Wysunięto wówczas ponownie podejrzenie przerzutów nowotworowych do śródpiersia i skierowano go do pozwanego szpitala w Z.. W tamtym czasie J. S. (2) nie pracował już i przebywał na rencie z tytułu niezdolności do pracy, pobierał ok. 2.000 zł miesięcznie.

W dniu 16 marca 2011 r. J. S. (2) zgłosił się do (...) Publicznego Szpitala (...) w Z. i wówczas został zakwalifikowany do leczenia w Oddziale Torakochirurgicznym. Do szpitala tego został skierowany przez lekarzy z G., a to z tego powodu, że pozwany szpital specjalizuje się w wykonywaniu zabiegów na klatce piersiowej.

W dniu 28 marca 2011 r. J. S. (2) został przyjęty do Oddziału Torakochirurgii (...) Publicznego Szpitala (...) w Z.. W wywiadzie lekarskim odnotowano m.in., że w badaniu PET-CT wysunięto podejrzenie przerzutów nowotworowych do śródpiersia. W tamtym czasie J. S. (2) był w dobrym stanie ogólnym, bez dolegliwości ze strony układu oddechowego. Zgłaszał jedynie okresowe klucia pod prawym łukiem żebrowym (w okolicy wątroby). W badaniu przedmiotowym stwierdzono obecność blizn na szyi po uprzednich operacjach chirurgicznych. W okolicach nadobojczykowych węzły chłonne były niebadalne. Klatka piersiowa była symetryczna, o prawidłowej ruchomości przy oddechu. Osluchowo nad płucami stwierdzono prawidłowy szmer oddechowy. Akcja serca była miarowa, a tony serca dźwięczne. Ciśnienie tętnicze było prawidłowe, brzuch był miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych. Objawy otrzewnowe nie występowały. Wykonane w dniu 29 marca 2011 r. badanie morfologii krwi nie wykazało nieprawidłowości. W badaniach laboratoryjnych krwi parametry krzepnięcia, enzymy wątrobowe i parametry nerkowe były prawidłowe. Tego dnia wykonano również bronchoskopię z ultrasonografią wewnątrzskrzelową z pobraniem bioptatu ((...)), podczas której stwierdzono w tkankach okołotchawiczych po prawej stronie liczne, powiększone do 10-15 mm węzły chłonne, przy czym nie stwierdzono cech naciekania. Następnie pobrano bioptat węzłów chłonnych okołotchawiczych do badania mikroskopowego. Fałdy głosowe były prawidłowo ruchome, przy czym lewy fałd głosowy był porażony na skutek wcześniej przebytych operacji.

W dniu 1 kwietnia 2011 r. J. S. (2) podpisał standardowy formularz zgody (k. 55) na przeprowadzenie operacji wycięcia węzłów chłonnych śródpiersia z dostępu poprzez cięcie szyjne w którym oświadczył, że „chirurg F. przeprowadził z nim rozmowę w której wyjaśnił mu istotę planowanego leczenia z operacyjnym cięciem szyjnym i wycięciem węzłów chłonnych śródpiersia. Dalej w tym formularzu znalazły się stwierdzenia, że „zrozumiał te wyjaśnienia i mógł zadać dodatkowe pytania dotyczące wszystkich interesujących go problemów, na które otrzymał wyczerpującą odpowiedź”. Dalej formularz zgody zawierał stwierdzenia, że pacjent: „1. Został poinformowany o przetoczeniu krwi lub preparatów krwiopochodnych w razie konieczności. 2. Został poinformowany o innych możliwych sposobach leczenia. 3. Został poinformowany o możliwych ewentualnych powikłaniach wynikających z przeprowadzonych badań diagnostycznych i operacji. 4. Został poinformowany i akceptuje konieczność zgłaszania się na okresowe badania kontrolne mające na celu ocenę jego stanu zdrowia i wczesne wykrycie ewentualnego nawrotu choroby”. Dalej formularz zawierał stwierdzenie, że pacjent „upoważnia lekarza anesteziologa do zastosowania takich leków i metod znieczulenia jakie uzna za najbardziej właściwe w danym przypadku”. W dolnej części formularza znajdowało się stwierdzenie o tym, że: „po zapoznaniu się z powyższymi informacjami pacjent wyraża zgodę na przeprowadzenie u niego wszystkich niezbędnych badań i operacji. Jest świadomy przysługującego mu prawa do bieżącego informowania się o postępowaniu w stosunku do jego osoby podczas pobytu w Oddziale i możliwości odwołania niniejszej zgody na piśmie w każdej chwili, biorąc odpowiedzialność za skutki tego kroku”. Po podpisaniu tego formularza, jeszcze tego samego dnia w znieczuleniu ogólnym J. S. (2) został poddany operacji mającej na celu usunięcie węzłów chłonnych śródpiersia objętych przerzutami nowotworowymi. W toku operacji wykonano u niego na szyi cięcie kołnierzone (poprzeczne) i wycięto blizny po poprzednich operacjach. Następnie w twardych, zmienionych bliznowato tkankach szyi wypreparowano płat skóry i tkanki podskórnej w kierunku dogłowym (ku górze), a drugi płat skóry i tkanki podskórnej wypreparowano w kierunku wcięcia mostkowego (ku dołowi). Po odsłonięciu mięśni stwierdzono twardy, bliznowaty zrost mięśni „krótkich” szyi (mięśni podgnykowych) z tchawicą. Na tępo i na ostro po prawej stronie odpreparowywano mięśnie „krótkie” szyi od tchawicy. Następnie, uwalniając z twardych zrostów, wypreparowano prawą tętnicę szyjną wspólną na odcinku 4 cm. W dalszej kolejności w czasie przedmiotowej operacji podjęto próbę wypreparowania prawej tętnicy szyjnej wspólnej w kierunku dogłowym, czyli w kierunku jej podziału na prawą tętnicę szyjną zewnętrzną i wewnętrzną. W czasie tego preparowania doszło do punktowego krwawienia z prawej tętnicy szyjnej wspólnej, które uciśnięto małym gazikiem („groszkiem”). Po zwolnieniu ucisku gazika stwierdzono podłużne pęknięcie przedniej ściany prawej tętnicy szyjnej wspólnej ku dołowi, aż do jej odejścia od pnia ramienno-głowego, a dodatkowo pęknięcie dotyczyło również początkowego odcinka prawej tętnicy podobojczykowej. Z tego pęknięcia tętnic doszło do masywnego krwotoku. W celu opanowania krwotoku zaklemowano (zamknięto) pień

ramiennie-głowy, prawą tętnicę podobojczykową i prawą tętnicę szyjną wspólną. W miejscu pęknięcia tętnic wszyto łatę naczyniową, po czym zwolniono klemy i stwierdzono obecność przepływu krwi w tętnicy szyjnej wspólnej i prawej tętnicy podobojczykowej. W trakcie trwania krwotoku J. S. (2) utracił około 4 litrów krwi. Ciśnienie tętnicze ulegało stopniowemu obniżaniu i po około 10 minutach spadło do wartości około 55/30 mmHg, a przez około 5 minut było nawet nieznaczalne, co było objawem wstrząsu krwotocznego. Przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych, 2 jednostki świeżo mrożonego osocza oraz stosowano dożylną płynoterapię. Przez kolejne 30 minut ciśnienie tętnicze stopniowo wzrastało do wartości około 80-100/65-80 mmHg. Z uwagi na powikłanie krwotoczne zdecydowano o zakończeniu operacji na tym etapie, przy czym w śródpiersiu stwierdzono obecność szczytu twardego, słabo ruchomego, przerzutowego guza nowotworowego, którego z uwagi na powikłanie krwotoczne już nie usuwano. W operowanym miejscu założono dren R. i zeszyto powłoki. J. S. (2) zaintubowany i wprowadzony w śpiączkę farmakologiczną został przekazany do dalszego leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W leczeniu zastosowano morfinę (opiodowy lek przeciwbólowy), D. (lek o działaniu uspokajającym, nasennym, przedwiekowym, przeciwdrgawkowym i zwiotczającym mięśnie), P. (lek o działaniu zwiotczającym mięśnie poprzecznie prążkowane), C. (lek o działaniu przeciwarrytmicznym), F. (lek o działaniu przeciwzakrzepowym), B. (antybiotyk), (...) (lek o działaniu rozrzedzającym wydzielinę dróg oddechowych ułatwiający jej odkrztuszenie), R. (lek hamujący wydzielanie kwasu solnego w żołądku), C. (lek o działaniu przeciwkrwotocznym), witaminę K (preparat stosowany w leczeniu powikłań krwotocznych) oraz (...) (płyn wieloelektrolitowy) i glukozę. Stosowano respiratoroterapię i prowadzono toaletę drzewa oskrzelowego. Monitorowano podstawowe czynności życiowe. Założono kołnierzyk szyjny, wkłucie donaczyniowe w pachwinie, cewnik moczowy i sondę żołądkową oraz prowadzono dobowy bilans płynów. Prowadzono pomiary ośrodkowego ciśnienia żylnego. Parametry krążenia (ciśnienie tętnicze i tętno), saturacja (wysycenie tlenem krwi) i temperatura ciała były prawidłowe. Reakcja źrenic na światło była prawidłowa. W badaniach laboratoryjnych krwi obniżone były wartości parametrów czerwonych i płytek krwi, co było skutkiem przebytego krwotoku. Występowała również leukocytoza (wskazująca na proces zapalny), co było skutkiem przebytej operacji chirurgicznej.

W dniu 2 kwietnia 2011 r. stan J. S. (2) był bardzo ciężki. Rano odstawiono leki zwiotczające i sedacyjne w celu oceny neurologicznej, która wykazała obecność udaru mózgu z niedowładem lewostronnym. Włączono sedację i leki zwiotczające. W badaniach laboratoryjnych obserwowano pogorszenie parametrów czerwonych. Do leczenia włączono dodatkowo N. (lek o działaniu protekcyjnym na układ nerwowy), M. (osmotycznie czynny lek moczopędny o działaniu przeciwobrzętkowym), (...) (płyn infuzyjny stosowany w uzupełnianiu objętości krwi), F. (lek o działaniu moczopędnym), B. (lek wspomagający czynność serca, stosowany w leczeniu częstoskurczów, zmniejszający ryzyko wystąpienia migotania komór), E. (syntetyczny hormon tarczycy) oraz P. (lek o działaniu przeciwbólowym). W kolejnych dniach stan J. S. (2) nie ulegał istotnym zmianom.

W dniu 4 kwietnia 2011 r. uzyskano wynik badania cytologicznego (mikroskopowego) biopsji z węzła chłonного okołotchawiczego, który wykazał obecność komórek nowotworowych,

W dniu 5 kwietnia 2011 r. u J. S. (2) wykonano badanie TK głowy, które wykazało obecność rozległego, różnoczasowego udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu w fazie nadostrej, ostrej i podostrej, z przemieszczeniem struktur środkowych mózgu o 9 mm w stronę lewą, z zaciśniętymi bruzdami mózgu i zwężoną przestrzenią podpajęczynówkową, co łącznie wskazywało na obrzęk mózgu. W wykonanym badaniu USG tętnic szyjnych stwierdzono obecność skrzepliny w prawej tętnicy szyjnej wspólnej i brak przepływu, odwrócony (odgłowy) przepływ w prawej tętnicy szyjnej zewnętrznej oraz prawidłowy (dogłowy) przepływ w prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Przeprowadzona konsultacja neurologiczna potwierdziła rozpoznanie udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu. Kontakt z J. S. (2) był bardzo ograniczony - nie wykonywał poleceń słownych, nie mówił, a kończyny unosił dopiero po jej wskazaniu dotykiem. Występował niedowład czterokończynowy, obustronnie dodatni objaw Babińskiego (wskazujący na uszkodzenie dróg korowo-rdzeniowej), a napięcie mięśniowe kończyn było obniżone. Odruchy głębokie były słabiej wyrażone w kończynach lewych. Zalecono kontynuację stosowanego dotychczas leczenia przeciwobrzętkowego.

W dniu 6 kwietnia 2011 r. przeprowadzono badanie mikrobiologiczne wymazu z oskrzeli, w którym stwierdzono obecność gronkowców złocistych (...) wrażliwych na wszystkie badane antybiotyki. W związku z tym zmodyfikowano antybiotykoterapię włączając do leczenia U. i F..

W kolejnych dniach stan J. S. (2) ulegał powolnej poprawie. W dniu 11 kwietnia 2011 r. wykonano mu kontrolne badanie TK głowy, które wykazało zmniejszenie się zmian udarowych, jak również zmniejszenie obrzęku mózgu. Nadto wykazało, że struktury środkowe mózgu były przesunięte w lewo o 3 mm. Przeprowadzona konsultacja neurologiczna wykazała wyraźną poprawę stanu neurologicznego. J. S. (2) był przytomny, w powierzchownym kontakcie i odpowiadał skinieniem głowy. Siła mięśniowa jego kończyn prawych była prawidłowa, natomiast w obrębie kończyn lewych nadal występowało porażenie ze wzmożonym napięciem mięśniowym. Objaw Babińskiego utrzymywał się po stronie lewej. Czucie było upośledzone w lewej kończynie górnej. Odnotowano, że występowały okresowo spontaniczne ruchy lewej kończyny dolnej. Zalecono rehabilitację w łóżku i jednocześnie kontynuowano dotychczasowe leczenie.

W dniu 13 kwietnia 2011 r. u J. S. (2) wykonano kontrolne badanie USG tętnic szyjnych, które wykazało już prawidłowy przepływ krwi. Nadal stosowano respiratoroterapię. J. S. (2) był stabilny krążeniowo, przytomny, spełniający podstawowe polecenia. Z uwagi na stridor oddechowy związany z porażeniem fałdów głosowych krtani, zdecydowano o konieczności wykonania tracheostomii. Przed wykonaniem tego zabiegu J. S. (2) podpisał standardowy formularz zgody zgodę na jego przeprowadzenie (k. 70). Nadto zebrano także podpisy: jego żony, ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, ordynatora Oddziału Torakochirurgii oraz pielęgniarki. O konieczności wykonania tego zabiegu J. S. (1) przekonywała swojego męża osobiście. Następnie tego samego dnia, przed zabiegiem tracheostomii J. S. (2) otrzymał w leczeniu farmakologicznym morfinę, D., (...), M., N., T. (probiotyki), Multiwitaminę oraz płyny dożylnie. Zabieg tracheostomii przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym, bez powikłań. Następnego dnia J. S. (2) był już na własnym, wydolnym oddechu i stosowano jedynie tlenoterapię bierną. W kolejnych dniach kontynuowano u niego leczenie i wskutek tego jego stan ulegał stopniowej poprawie, nawiązywał logiczny kontakt, był sadzany na krześle. Do leczenia włączono V. (lek o działaniu przeciwdepresyjnym).

W dniu 20 kwietnia 2011 r. wykonano u J. S. (2) kontrolne badanie TK głowy, które wykazało ustąpienie obrzęku mózgu i znaczną poprawę w obrębie ogniska udarowego. Tego dnia przeprowadzono również konsultację neurologiczną, która wykazała znaczną poprawę stanu neurologicznego, przy czym kontakt z J. S. (2) był powierzchowny. Wykonywał on jedynie niektóre polecenia. Występowała u niego anartria (zaburzenie mowy polegające na niemożności tworzenia artykułowanych dźwięków) oraz tendencja do zwrotu gałek ocznych w lewo, porażenie lewej kończyny górnej i znaczny niedowład lewej kończyny dolnej. Kończynami prawymi poruszał natomiast spontanicznie z siłą mięśniową zbliżoną do normy. W związku z takim stanem zalecono intensyfikację rehabilitacji ruchowej i rehabilitację logopedyczną.

W dniu 22 kwietnia 2011 r. J. S. (2) z uwagi na znaczącą poprawę stanu ogólnego i neurologicznego, powrót wydolności oddechowej oraz konieczność kontynuacji leczenia pod kątem neurologicznym, został przeniesiony do dalszego leczenia w oddziale neurologii. Przez wzgląd na stan neurologiczny i miejscowy stan pooperacyjny nie było jednak możliwe przeprowadzenie chirurgicznego usunięcia guza śródpiersia.

Następnie od dnia 22 kwietnia 2011 r. do 21 lipca 2011 r. J. S. (2) był hospitalizowany w Oddziale Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu Szpitala Wojewódzkiego nr (...) w R., gdzie kontynuowano leczenie neurologiczne. J. S. (2) był wydolny krążeniowo i oddechowo. Oddychał przez rurkę tracheotomijną, był przytomny, ale w utrudnionym kontakcie. Nie odpowiadał na pytania i nie spełniał poleceń, choć je rozumiał. Utrzymywało się u niego porażenie lewej kończyny górnej, niedowład lewej kończyny dolnej. Nadto badaniem laryngologicznym stwierdzono porażenie obu fałdów głosowych. Z czasem doszło do poprawy ruchomości prawego fałdu głosowego. Wykonane w dniu 27 kwietnia 2011 r. badanie TK głowy wykazało obecność hipodensyjnych obszarów w obrębie płata czołowego, ciemieniowego i skroniowego prawej półkuli mózgu, co było stanem po przebyciu udaru niedokrwinnym mózgu. W badaniu USG jamy brzusznej z dnia 28 kwietnia 2011 r. stwierdzono obecność w wątrobie trzech zmian ogniskowych. W dniu 11 maja 2011 r. wykonano badanie TK jamy brzusznej, które wykazało obecność pojedynczej

zmiany ogniskowej w wątrobie oraz dwie podobne ogniskowe zmiany w obu nerkach. Wobec J. S. (2) prowadzono rehabilitację ruchową i terapię logopedyczną oraz go pionizowano. W trakcie leczenia uzyskano poprawę rozumienia słów i mowy, choć w tym zakresie nadal utrzymywał się znaczny deficyt (wypowiadał niewyraźnie pojedyncze słowa). W dniu 16 maja 2011 r. wydano zaświadczenie lekarskie, w którym zapisano, że u J. S. (2) stwierdzono uogólnioną chorobę nowotworową z przerzutami do śródpiersia, wątroby i obu nerek.

Następnie w dniach od 21 lipca 2011 do 24 lutego 2012 r. J. S. (2) był pod opieką Hospicjum (...) w R., które miało charakter zakładu opiekuńczo-leczniczego. Jego stan ogólny był stabilny, prowadzono wobec niego intensywną rehabilitację co skutkowało tym, że potrafił chodzić z pomocą innej osoby, a nadto potrafił umyć zęby i twarz.

W dniach od 26 lipca do 24 sierpnia 2011 r. J. S. (2) poddawany był badaniom logopedycznym w wyniku których, została wydana opinia logopedyczna, w której stwierdzono, że był w świadomym kontakcie z otoczeniem, prowadził mowę dialogową, był zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby, myślał logicznie i wyciągał wnioski, komunikował się pozawerbalnie, przy czym występowały deficyty pamięci, ograniczenia mowy, czytania, pisania i liczenia. Rozpoznano zaburzenia poznawcze bez oznak otępienia.

W dniu 5 stycznia 2012 r. przeprowadzono konsultację torakochirurgiczną, na podstawie której J. S. (2) został zdyskwalifikowany z operacyjnego usunięcia zmienionych przerzutowo węzłów chłonnych, przy czym sam także nie wyrażał zgody na ewentualność takiego leczenia.

Postanowieniem Sądu Okręgowego w Rzeszowie z dnia 8 lutego 2012 r. w sprawie o sygn. akt I Ns 115/11 J. S. (2) został ubezwłasnowolniony całkowicie. Następnie na jego opiekuna została wyznaczona jego żona J. S. (1) (k. 15).

W dniu 23 stycznia 2012 r. u J. S. (2) wykonano badanie TK klatki piersiowej i górnej części jamy brzusznej, które wykazało obecność pojedynczego guzka w obrębie płuca prawego, powiększone do 15 mm węzły chłonne śródpiersia oraz zmianę ogniskową prawego płata wątroby. Zmiany te wskazywały na obecność przerzutów nowotworowych.

Od 25 lutego 2012 r. J. S. (2) przebywał w domu pod opieką żony, która sprawowała nad nim całodobową opiekę, pomagał mu chodzić, karmiła go i myła. J. S. (1) od 2008 r. pozostawała na bezrobociu w związku z problemami zdrowotnymi. J. S. (2) znajdował się także pod opieką hospicjum domowego w ramach którego 2 razy w tygodniu przyjeżdżała do niego pielęgniarka, a raz na 2 tygodnie przyjeżdżał lekarz. Zmarły do września 2013 był pod opieką logopedy, powódka J. S. (1) jeździła z mężem na rehabilitację logopedyczną średnio raz w tygodniu, ze względu na ograniczenia w poruszaniu się wyjazdy te odbywały się na terenie miasta taksówką, koszt jednego przejazdu 17-18 zł. Początkowo po powrocie do domu samopoczucie J. S. (2) było dobre, lecz z czasem zaczęło się pogarszać.

W dniu 2 maja 2012 r. J. S. (2) odbył konsultację u onkologa-radioterapeuty, która nie wykazała wskazań do paliatywnej radioterapii węzłów chłonnych śródpiersia.

Od września 2013 r. J. S. (2) przebywał w hospicjum stacjonarnym. Tam zaczął odmawiać przyjmowania jedzenia i zmarł w dniu 2 stycznia 2014 r. Sekcja zwłok nie została przeprowadzona.

Dowód: dokumentacja z leczenia J. S. (2) w pozwanym szpitalu w okresie od 28 marca do 22 kwietnia 2011 r. k. 361; historia choroby z Oddziału Neurologii Szpitala Wojewódzkiego Nr (...) w R. k. 180 – 198; opinia logopedyczna z dnia 26 sierpnia 2011 r. k. 199; dokumentacja związana z pobytem J. S. (2) w (...) w R. k. 201 – 203; opinia psychologiczno-psychiatryczna z dnia 28 listopada 2011 r. wydana do sprawy I Ns 115/11 Sądu Okręgowego w Rzeszowie k. 208 – 209; łączna opinia biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii, torakochirurgii, neurologii, psychiatrii i anestezjologii z dnia 14 listopada 2016 r. k. 499 – 572; ustna opinia uzupełniająca biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii i torakochirurgii z dnia 3 kwietnia 2017 r. k. 612v – 617; zeznania świadka E. K. od 00:33:49 k. 381; zeznania świadka K. B. od 01:04:56 k. 381v; zeznania świadka J. F. od 01:08:39 k. 381v; zeznania świadka M. R. od 01:20:30 k. 382; zeznania świadka S. K. od 02:06:07 k. 383; zeznania świadka M. W. od 02:09:18 k. 383; zeznania świadka M. J. od 02:23:31 k. 383v; zeznania świadka T. N. od 02:28:27 k. 383v; zeznania powódki J. S.

(1) od 02:52:35 k. 384 i od 00:05:35 k. 404; zeznania M. Z. zeznającego w charakterze strony pozwanej od 01:00:19 k. 405v.

Pismem datowanym na dzień 19 października 2012 r. J. S. (2) wezwał (...) S.A. do zapłaty na jego rzecz: kwoty 450.000 zł tytułem zadośćuczynienia, renty z tytułu zwiększonych potrzeb i zmniejszonych widoków na przyszłość w kwotach po 2.670 zł miesięcznie oraz odszkodowania za koszty opieki do 30 września 2012 r. w kwocie 17.472 zł i odszkodowania za koszty dojazdów do placówek medycznych. W dacie operacji z dnia 1 kwietnia 2011 r. (...) S.A. udzielał bowiem ochrony ubezpieczeniowej pozwanemu szpitalowi.

W odpowiedzi na powyższe, (...) S.A. w piśmie datowanym na dzień 18 grudnia 2012 r. odmówił przyjęcia swojej odpowiedzialności i wypłaty żądanych świadczeń.

Dowód: pismo powoda z dnia 19 października 2012 r. k. 210 – 214; polisa ubezpieczeniowa za okres od 9 stycznia 2011 r. do 8 stycznia 2012 r. k. 223 – 226; pismo (...) S.A. z dnia 18 grudnia 2012 r. k. 229.

Spadkobiercami J. S. (2) są: jego żona J. S. (1) oraz córki: A. S. i P. S. – które dziedziczą po 1/3 części spadku.

Dowód: akt poświadczenia dziedziczenia po zmarłym J. S. (2) k. 267 – 268.

Z łącznej opinii biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii, torakochirurgii, neurologii, psychiatrii i anestezjologii z dnia 14 listopada 2016 r. (k. 499 – 572) oraz ustnej opinii uzupełniającej biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii i torakochirurgii z dnia 3 kwietnia 2017 r. (k. 612v – 617) wynika, że na podstawie diagnostyki przeprowadzonej do czasu przedmiotowej hospitalizacji w pozwanym szpitalu, u J. S. (2) należało podejrzewać z wysokim stopniem prawdopodobieństwa rozsianą chorobę nowotworową (raka rdzeniastego tarczycy), z przerzutami do wątroby i śródpiersia. Taki stan kliniczny nie rokował wyleczenia choroby nowotworowej, a wszelkie zabiegi lecznicze mogły mieć jedynie charakter paliatywny, tj. mający na celu złagodzenie przebiegu choroby, zmniejszenie cierpień i ewentualne przedłużenie życia. Nie istniały natomiast jakiegokolwiek szanse na wyleczenie i powrót do zdrowia. Charakter rozsianej choroby nowotworowej był postępujący i nie było możliwe jej powstrzymanie. Przeprowadzenie usunięcia objętych przerzutami nowotworowymi węzłów chłonnych śródpiersia mogło być wskazane, przy czym miało ono jedynie charakter paliatywny. Ponieważ J. S. (2) w obrębie szyi przebył wcześniej cztery operacje chirurgiczne oraz uzupełniającą radioterapię, to tkanki szyi zawierały liczne zrosty pooperacyjne oraz były zwłókniałe (osłabione) popromiennie na skutek radioterapii. Takie warunki anatomiczne zwiększały ryzyko powikłań podczas operacji przeprowadzanej z dostępu szyjnego. Należało się liczyć ze zwiększonym ryzykiem uszkodzenia narządów, w tym naczyń krwionośnych. Jednocześnie w opinii zostało wskazane, że personel pozwanego szpitala przed operacją z dnia 1 kwietnia 2011 r. przeprowadził wystarczającą diagnostykę dla potrzeb kwalifikacji do leczenia chirurgicznego oraz prawidłowo zinterpretował wyniki badań diagnostycznych. Prawidłowo została dokonana także ocena pola operacyjnego. Biegli zwrócili również uwagę na to, że odnośnie leczenia rozsianej postaci raka rdzeniastego tarczycy brak jest opublikowanych standardów medycznych, a leczenie to jest prowadzone w oparciu o wiedzę medyczną i doświadczenie kliniczne. W ich ocenie wdrożone w przypadku J. S. (2) leczenie było prawidłowe. Dalej biegli podali, że metoda operacji śródpiersia z dostępu szyjnego jest uznanym sposobem przeprowadzania operacji chirurgicznej i niesie ze sobą korzyści w postaci mniejszej inwazyjności zabiegu i szybszego wygojenia rany operacyjnej. Inną równorzędną metodą operacyjną była możliwość usunięcia węzłów chłonnych śródpiersia z dostępu przez klatkę piersiową, przy czym zabieg ten jest bardziej rozległy i wygojenie operowanego miejsca trwa dłużej. Inną możliwością leczniczą mogło być odstępnie od leczenia operacyjnego i wdrożenie leczenia zachowawczego albo zastosowanie radioterapii lub ewentualnej chemioterapii. W każdym przypadku byłoby to jednak leczenie o charakterze paliatywnym. Następnie biegli zwrócili uwagę na to, że znajdujący się w dokumentacji medycznej formularz zgody na przeprowadzenie operacji chirurgicznej jest ogólnikowy i nie tłumaczy powyższych kwestii, a w szczególności w takim zakresie, aby było to zrozumiałe dla pacjenta. Jeśli więc J. S. (2) otrzymał jedynie te informacje, które są ogólnikowo przedstawione w formularzu zgody na przeprowadzenie operacji, to nie został właściwie poinformowany o możliwościach leczniczych, sposobach operacji i ryzyku operacyjnym. J. S. (2) nie mógł więc w pełni świadomie podjąć decyzji o poddaniu się operacji, a było to konieczne do jej przeprowadzenia. W opinii biegłych

wspomniany formularz mógłby być wystarczający dla większości zabiegów, ale nie dla wykonanego zabiegu, który miał podwyższony stopień ryzyka. Dalej biegli podali, że lekarze przed rozpoczęciem operacji nie mieli pewności, czy węzły chłonne śródpiersia faktycznie były objęte chorobą nowotworową, bowiem wynik badania mikroskopowego uzyskano dopiero trzy dni po przeprowadzeniu operacji. Niemniej jednak całość przebiegu klinicznego choroby, obecność zmian ogniskowych w wątrobie i w śródpiersiu oraz podwyższone wartości kalcytoniny (choć tarczyca została już usunięta), z dużym prawdopodobieństwem wskazywały na obecność przerzutów nowotworowych do śródpiersia. W każdym razie ostateczne rozpoznanie przerzutów nowotworowych raka rdzeniastego do węzłów chłonnych śródpiersia nie budzi – w ocenie biegłych - jakichkolwiek wątpliwości, na co wskazuje wynik badania mikroskopowego z dnia 4 kwietnia 2011 r., a zatem – w opinii biegłych - samą kwalifikację do operacji należy uznać za prawidłową, pod warunkiem, że J. S. (2) wyraził zgodę na takie paliatywne leczenie. Oceniając sposób przeprowadzenia przedmiotowej operacji chirurgicznej biegli stwierdzili, że był on prawidłowy. W obrębie zmienionych zrostami i napromienianiem tkanek istniało zwiększone prawdopodobieństwo uszkodzenia narządów, w tym naczyń krwionośnych, co było wpisane w ryzyko przedmiotowej operacji. Do uszkodzenia prawej tętnicy szyjnej wspólnej i prawej tętnicy podobojczykowej doszło w wyniku koniecznych manipulacji chirurgicznych przy preparowaniu tkanek. Uszkodzenie to zostało prawidłowo rozpoznane i podjęto prawidłowe czynności dążące do zatrzymania krwotoku poprzez zaklemowanie tętnic poniżej i powyżej uszkodzenia, a następnie nasycia łąty naczyniowej. W tak trudnej sytuacji klinicznej, chirurdzy wykazali się wysokimi umiejętnościami, bowiem sprawnie zeszyto uszkodzone tętnice i przywrócono prawidłowy przepływ krwi. Niekorzystną okolicznością był jednak fakt, że uszkodzone tętnice były dużymi naczyniami, co spowodowało znaczną utratę krwi. Kolejną niekorzystną okolicznością - już w przebiegu pooperacyjnym - było wytworzenie się skrzepliny w świetle uszkodzonej prawej tętnicy szyjnej wspólnej, co niewątpliwie wpływało na zaburzone ukrwienie prawej półkuli mózgu i różnoczasowy charakter doznanego udaru niedokrwiennego mózgu. Niemniej, w celu przeciwdziałania powstawaniu wewnątrznaczyniowo skrzeplin, bezpośrednio po operacji, prawidłowo włączono leczenie przeciwzakrzepowe, co niewątpliwie w późniejszym czasie miało korzystny wpływ na udroźnienie prawej tętnicy szyjnej wspólnej. Dalej biegli podali, że prawidłowe było też postępowanie medyczne w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wdrożone leczenie było skuteczne, ponieważ w dość krótkim czasie uzyskano stabilizację ciężkiego wyjściowego stanu J. S. (2) oraz następowała stopniowa poprawa zarówno stanu ogólnego i neurologicznego. Po uzyskaniu wydolności oddechowej, powrocie przytomności i poprawie stanu neurologicznego, pacjenta słusznie przekazano do dalszego leczenia w oddziale neurologicznym. Dalej biegli odnosząc się porażenia fałdów głosowych krtani J. S. (2) wskazali, że jakkolwiek, porażenie fałdu głosowego (bądź obu fałdów głosowych) było niewątpliwie skutkiem operacyjnego uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego (prawego bądź obu), do którego doszło podczas zabiegu z dnia 1 kwietnia 2011 r., to było ono jednak wpisane w zwykłe ryzyko tego rodzaju zabiegów chirurgicznych i mogło do niego dojść nawet przy zastosowaniu prawidłowej techniki operacyjnej i należytej staranności. Zdaniem biegłych należy przyjąć, że podczas przedmiotowej operacji z dnia 1 kwietnia 2011 r. doszło do porażenia przynajmniej prawego fałdu głosowego, co w efekcie po ekstubacji skutkowało niedrożnością dróg oddechowych i w konsekwencji po rozintubowaniu (usunięciu rurki intubacyjnej) powodowałoby niewydolność oddechową. Zatem, aby uniknąć niewydolności oddechowej, w takiej sytuacji klinicznej jedyną możliwością leczniczą było wykonanie tracheostomii, tj. przezskórno-otworu penetrującego do tchawicy (umieściwionego poniżej porażonych fałdów głosowych krtani), co umożliwiło swobodne oddychanie. W ocenie biegłych J. S. (2) udzielił świadomej zgody na ten zabieg i co więcej umożliwił on powrót wydolności oddechowej i podjęcie dalszego leczenia neurologicznego J. S. (2) poza Oddziałem Anestezjologii Intensywnej Terapii pozwanego szpitala. W dalszej części opinii biegli podali, że skutkiem powikłań pooperacyjnych było wystąpienie u J. S. (2) udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu, z porażeniem lewej kończyny górnej i niedowładem lewej kończyny dolnej oraz zaburzeniami funkcji mózgu w zakresie kontaktu z otoczeniem, zaburzeń mowy, czytania, pisania i liczenia. J. S. (2) doznał więc 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu. Następnie biegli wskazali, że po zakończeniu leczenia w szpitalu w R. wymagał on stałej opieki innych osób oraz pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych i nie był w stanie samodzielnie normalnie funkcjonować w życiu rodzinnym i społecznym. Jego stan zdrowia nie pozwalał również na podjęcie pracy zawodowej. Opieka taka była konieczna do dnia jego śmierci. W tym czasie istniała też konieczność prowadzenia stałej rehabilitacji ruchowej, zajęciowej i rehabilitacji logopedycznej. Cierpienia fizyczne J. S. (2) były duże, ponieważ występowało u niego znaczne ograniczenie ruchomości, co w praktyce eliminowało go ze zwykłej aktywności. Znacznymi były także jego cierpienia psychiczne, a to dlatego, że miał problem z-porozumiewaniem się z otoczeniem ze względu na afazję ruchową i agrafię

oraz trudności w stosowaniu mowy opowieściowej, co utrudniało mu swobodne porozumiewanie się z otoczeniem. Niewątpliwie J. S. (2) wymagał dodatkowej pomocy ze względu na zaburzenia neurologiczne i postępującą chorobę nowotworową, co powodowało niesprawność fizyczną. Ze względu na deficyty poznawcze, J. S. (2) był poddany rehabilitacji, w tym logopedycznej, ale rokowanie odnośnie poprawy stanu zdrowia było niekorzystne, ze względu na postępującą uogólnioną chorobę nowotworową. Zdaniem biegłych ogólna przyczyną śmierci J. S. (2) była choroba nowotworowa, przy czym nie można wskazać jaki patomechanizm doprowadził do śmierci bezpośrednio, gdyż nie została wykonana sekcja zwłok.

Dowód: łączna opinia biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii, torakochirurgii, neurologii, psychiatrii i anestezjologii z dnia 14 listopada 2016 r. k. 499 – 572; ustna opinia uzupełniająca biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii i torakochirurgii z dnia 3 kwietnia 2017 r. k. 612v – 617.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie załączonej do akt dokumentacji medycznej, sporządzonych na jej podstawie łącznych opinii biegłych tj. głównej pisemnej i uzupełniającej ustnej oraz zeznań świadków, powódki J. S. (1) oraz M. Z. zeznającego w charakterze strony pozwanej. Autentyczność i moc dowodowa przedłożonych do sprawy dokumentów, nie były przez żadną ze stron kwestionowane i nie budziły też wątpliwości Sądu.

W sprawie przeprowadzono dowody z zeznań świadków.

Świadek E. K. (od 00:33:49 k. 381) wiarygodnie zeznała o stanie J. S. (2) przed przedmiotową operacją i po jej przebyciu. Zeznała także na okoliczność opieki, której wymagał i którą sprawowała jego żona, a także na okoliczność dowożenia J. S. (2) na rehabilitację logopedyczną raz w tygodniu taksówką.

Zeznania świadka K. B. (od 01:04:56 k. 381v), M. R. (od 01:20:30 k. 382), S. K. (od 02:06:07 k. 383) i M. W. (od 02:09:18 k. 383), którzy jako personel pozwanego szpitala zeznali na okoliczność przebiegu przedmiotowej operacji Sąd podzielił w całości, gdyż były zbieżne z przedłożonymi do akt dokumentami.

Za wiarygodne Sąd uznał także zeznania T. N. (od 02:28:27 k. 383v), który zeznał co do okoliczności operacji tracheostomii. Jego zeznania pokrywały się ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją leczenia J. S. (2).

Świadek M. J. (od 02:23:31 k. 383v) zeznała, że nie pamięta przedmiotowej operacji oraz J. S. (2), dlatego jej zeznania nie miały istotnego znaczenia dla sprawy.

Na wiarę zasługiwały zeznania świadka J. F. (od 01:08:39 k. 381v), która zeznała, że to ordynator oddziału (...) kierował pacjenta do zabiegu i decydował jaki będzie typ zabiegu, pozwany szpital specjalizuje się w operacjach metodą z dostępu szyjnego celem usunięcia przerzutów z śródpiersia zabiegach tego rodzaju co u zmarłego z dostępu szyjnego. Świadek potwierdziła w swoich zeznaniach, że poinformowała J. S. (2) o możliwych powikłaniach przy tego typu zabiegu, natomiast z zeznań świadka wynika, że świadek nie przypomniała sobie, aby informowała pacjenta o innych możliwych dostęпах do śródpiersia niż dostęp przez cięcia szyjne i możliwych powikłaniach w przypadku innych zabiegów.

Sąd podzielił zeznania powódki J. S. (1) (od 02:52:35 k. 384 i od 00:05:35 k. 404) co do wyrażenia przez jej zmarłego męża świadomej zgody na zabieg tracheostomii, a także jego stanu zdrowia i sytuacji zawodowej sprzed operacji z dnia 1 kwietnia 2011 r. oraz opieki jaką musiała nad nim sprawować po opuszczeniu przez niego szpitala. W tym zakresie zeznała, że pomagała mu przy wykonywaniu niemal wszystkich czynności dnia codziennego, a nadto pomagała w rehabilitacji jeżdżąc z nim taksówkami, do września 2013 r., do logopedy. Wiarygodnie zeznała także, że do logopedy jeździła raz w tygodniu i za kurs w jedną stronę płaciła 17 – 18 zł. Na wiarę jako odosobnione i niczym nie wykazane nie zasługiwały jej zeznania o wysokości innych kosztów ponoszonych w związku z leczeniem i rehabilitacją J. S. (2).

Zeznania M. Z. (od 01:00:19 k. 405v), który zeznawał w charakterze strony pozwanej, zasługiwały na wiarę Sądu w zakresie w którym odnosiły się do tego, że pozwany szpital specjalizuje się w operacjach wykonywanych na klatce piersiowej czego dowodem jest ich duża liczba w skali roku. Jeśli zaś chodzi o kwestię pouczenia J. S. (2) o możliwych

konsekwencjach przedmiotowej operacji to M. Z. nie posiadał w tym przedmiocie jednoznacznej i pewnej wiedzy i swoje twierdzenia opierał jedynie na przypuszczeniach.

Zasadnicze znaczenie w kwestii oceny prawidłowości postępowania podjętego przez personel medyczny pozwanego szpitala, zarówno co do udzielenia J. S. (2) stosownych pouczeń oraz odebrania wymaganych zgód jak i co do przebiegu wykonanych zabiegów miała sporządzona w toku postępowania łączna opinia biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii, torakochirurgii, neurologii, psychiatrii i anestezjologii z dnia 14 listopada 2016 r. (k. 499 – 572) oraz ustna opinia uzupełniająca biegłych specjalistów z zakresu: medycyny sądowej, onkologii i torakochirurgii z dnia 3 kwietnia 2017 r. (k. 612v – 617). W opiniach tych biegli wskazali, że u J. S. (2) należało podejrzewać z wysokim stopniem prawdopodobieństwa rozsianą chorobę nowotworową (raka rdzeniastego tarczycy), z przerzutami do wątroby i śródpiersia. Taki stan kliniczny nie rokował wyleczenia choroby nowotworowej, a wszelkie zabiegi lecznicze mogły mieć jedynie charakter paliatywny, tj. mający na celu złagodzenie przebiegu choroby, zmniejszenie cierpienia i ewentualne przedłużenie życia. Nie istniały natomiast jakiegokolwiek szanse na wyleczenie i powrót do zdrowia. Charakter rozsianej choroby nowotworowej był postępujący i nie było możliwe jej powstrzymanie. Jednocześnie w opiniach biegli podkreślili, że zarówno czynności diagnostyczne jak i sam przebieg leczenia, były prawidłowe. W odniesieniu do metody operacji śródpiersia z dostępu szyjnego wskazali, że jest ona uznanym sposobem przeprowadzania operacji chirurgicznej i niesie ze sobą korzyści w postaci mniejszej inwazyjności zabiegu i szybszego wygojenia rany operacyjnej, w porównaniu do innych metod. O tym jednak, którą metodę operacyjną wybrać nie decydują tylko lekarze, lecz wymagana jest zgoda pacjenta, która winna być udzielona po wyczerpującym pouczeniu o możliwościach leczniczych, sposobach operacji i ryzyku operacyjnym. W tym zakresie biegli wskazali, że formularz zgody, który podpisał J. S. (2) był niewystarczający do przyjęcia, że zostały mu udzielone wspomniane informacje. Biegli wiarygodnie stwierdzili także, że J. S. (2) w chwili operacji z dnia 1 kwietnia 2011 r. miał przerzuty nowotworowe raka rdzeniastego do węzłów chłonnych śródpiersia. Odnosząc się do uszkodzenia prawej tętnicy szyjnej wspólnej i prawej tętnicy podobojczykowej biegli stwierdzili, że doszło do tego w wyniku koniecznych manipulacji chirurgicznych przy preparowaniu tkanek, przy jednoczesnym zaistnieniu niekorzystnych okoliczności w postaci dużej utraty krwi i następnie wytworzenia się skrzepliny w świetle uszkodzonej prawej tętnicy szyjnej wspólnej, co wpływało na zaburzone ukrwienie prawej półkuli mózgu i doprowadziło do udaru niedokrwiennej mózgu. W opinii podkreślone zostało także, że porażenie fałdu głosowego (bądź obu fałdów głosowych) do którego doszło podczas zabiegu w dniu 1 kwietnia 2011 r. było wpisane w zwykłe ryzyko tego rodzaju zabiegów chirurgicznych. Biegli ocenili także, iż zabieg tracheostomii był konieczny i J. S. (2) wyraził na niego świadomą zgodę. Jednocześnie wskazali, że przebieg tego zabiegu był prawidłowy. Ocenili także, że w skutek udaru J. S. (2) doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, przez co wymagał on stałej opieki innych osób oraz pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Jego cierpienia fizyczne i psychiczne biegli określili jako znaczne. Jako przyczynę śmierci podali ogólnie chorobę nowotworową, bez możliwości wskazania konkretnego patomechanizmu. W świetle tak jednoznacznych, wyczerpujących i stanowczych wniosków opinii Sąd podzielił ją w całości i uczynił ją podstawą swoich zasadniczych ustaleń w sprawie.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

Podstawa odpowiedzialności

Podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 k.c. który stanowi, że kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom w toku leczenia powstaje zatem, jeśli szkoda zaistniała z winy personelu medycznego szpitala, czy to umyślnej, czy nieumyślnej i pozostaje w normalnym związku przyczynowym z działaniem lub zaniechaniem personelu medycznego szpitala (art. 361 § 1 k.c.). W takim przypadku podmiot odpowiedzialny zobowiązany jest do naprawienia szkody pacjenta poprzez przyznanie mu odpowiedniego zadośćuczynienia za krzywdę (art. 445 k.c.).

Odpowiedzialność szpitala, jako osoby prawnej jest więc odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, ale za zawinione działania personelu medycznego - art. 415 k.c.,

Odpowiedzialność zakładów opieki zdrowotnej opiera się więc głównie na zasadzie winy, którą polski ustawodawca statuuje jako fundamentalną zasadę odpowiedzialności cywilnej. Może to być wina lekarza, personelu medycznego lub wina organizacyjna. Dla odpowiedzialności placówki medycznej wystarczy tzw. wina anonimowa, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić, który z lekarzy leczących pacjenta lub kto z personelu medycznego dopuścił się winy.

Przesłankami odpowiedzialności deliktowej jest łączne spełnienie następujących przesłanek: powstanie szkody rozumianej jako uszczerbek w dobrach prawnie chronionych o charakterze majątkowym, a w przypadkach określonych w ustawie - także o charakterze niemajątkowym, wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym, polegającym na bezprawnym i zawinionym zachowaniu sprawcy szkody, związku przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Ciężar dowodu zaistnienia wymienionych wyżej przesłanek spoczywa zgodnie z dyspozycją art. 6 k.c. na osobie poszkodowanej, albowiem ona wywodzi z tych okoliczności skutki prawne.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, w ocenie Sądu stwierdzić należy, że przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej zostały wykazane. Niewątpliwie bowiem J. S. (2) w wyniku operacji z dnia 1 kwietnia 2011 r. polegającej na cięciu szyjnym celem wycięcia węzłów chłonnych śródpiersia doznał szkody w postaci porażenia fałdu głosowego oraz udaru niedokrwiennego mózgu. Skutki te, a zwłaszcza udar niedokrwienny mózgu doprowadził do porażenia lewej kończyny górnej i niedowładu lewej kończyny dolnej oraz zaburzeń funkcji mózgu w zakresie kontaktu z otoczeniem, zaburzeń mowy, czytania, pisania i liczenia. W efekcie J. S. (2) wymagał stałej opieki innych osób oraz pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych i nie był w stanie samodzielnie normalnie funkcjonować w życiu rodzinnym i społecznym. Jednocześnie szkoda ta była następstwem czynu niedozwolonego personelu pozwanego szpitala, który przejawiał się w tym, że wspomnianą operację przeprowadzono bez wymaganej zgody J. S. (2). W tym miejscu należy odwołać się do art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 125), który stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Art. 32 ust. 1 powołanej ustawy wskazuje, że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Natomiast w art. 34 ust. 1 stwierdzono że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

W judykaturze zobrazowano jakimi przesłankami przy ustalaniu, czy zgoda wyrażona przez pacjenta miała charakter zgody objaśnionej, czyli świadomej należy się kierować. Sama aprobata pacjenta dokonania zabiegu, uzyskana w sytuacji braku uprzedniego udzielenia mu przystępnej informacji, nie może być traktowana jako zgoda w rozumieniu art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (zob. wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, LexPolonica 3931660). W sytuacji, gdy istnieje możliwość wykonania zabiegu różnymi metodami, to pacjent musi być każdorazowo szczegółowo poinformowany o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby mógł w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody. Gdy lekarz przeprowadzający konsultacje poprzedzające dane świadczenie medyczne zaniecha wskazanego obowiązku to narusza dyspozycję art. 31 ustawy o zawodzie lekarza, jak również pozbawia pacjenta możliwości wyboru i współdecydowania o sposobie leczenia, przez co standardowe wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu jedną z możliwych metod nie ma charakteru zgody uświadomionej (zob. wyrok SA w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., sygn. akt I ACa 51/10, LexPolonica 2460972). W orzecznictwie podkreśla się, że lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę niedotyczącą techniki medycznej, a więc za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu (zob. wyrok

SA w Poznaniu z 29 września 2005 r., sygn. akt I ACa 236/05, Lex nr 175206). Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy.

Sąd nie podzielił stanowiska powodów, jakoby lekarze pozwanego szpitala nie zachowali należytej ostrożności podczas wykonywania zabiegu operacyjnego w dniu 1 kwietnia 2011r. przez co doszło do uszkodzenia innego organu, przeczy stanowisku powodów łączna opinia biegłych, która ostatecznie nie została zakwestionowana przez powodów. Natomiast rację mają powodowie zarzucając pozwanemu brak uzyskania przez pozwanego od powoda zgody objaśnionej na zabieg operacyjny wykonany w dniu 1 kwietnia 2011r. Obowiązek informacji uregulowany w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. Nr 136, poz.857 ze zm.) obowiązujący w dacie wykonania zabiegu operacyjnego u powoda obejmuje przewidywalne choćby nawet występujące rzadko, następstwa zabiegu operacyjnego, które mają szczególnie niebezpieczny charakter dla zdrowia lub zagrażają życiu. Taki charakter miał zabieg operacyjny przeprowadzony u powoda w dniu 1 kwietnia 2011r. Zgoda na przeprowadzenie zabiegu, którą podpisał J. S. (2) w dniu 1 kwietnia 2011 r. nie spełniała ww. wymagań stawianych przez ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jak bowiem zostało ustalone przedmiotowy standardowy formularz zgody na przeprowadzenie operacji chirurgicznej (k. 55) jest ogólnikowy, nie wynika z tego formularza o jakich konsekwencjach wynikających z zastosowania metody dostępu przez cięcie z dostępu szyjnego został poinformowany poszkodowany. Skoro otrzymał jedynie te informacje, które są ogólnikowo przedstawione w blankietowym formularzu zgody, to nie został właściwie poinformowany o możliwościach leczniczych, sposobach operacji i ryzyku operacyjnym. Świadek J. F. obierająca zgodę od J. S. (2) potwierdziła, że nie przypomina sobie, aby informowała pacjenta o innych możliwych metodach leczenia, o konsekwencjach wynikających z zastosowania tych metod. Biegli w swojej opinii przyznali, że były inne metody leczenia poszkodowanego, aczkolwiek zastosowany przez pozwanego szpital sposób dostępu przez szyję jest uznawany za dostęp mało inwazyjny. Biegli również podnieśli, że wspomniany formularz zgody zastosowany przez pozwanego mógłby być wystarczający dla większości zabiegów, ale nie dla wykonania zabiegu, który miał podwyższony stopień ryzyka, a takim był zabieg wycięcia węzłów chłonnych śródpiersia poprzez cięcie szyjne. Jest to tym bardziej istotne, że operacja ta nie miała na celu uratowania życia J. S. (2) i wyleczenia – gdyż to było niemożliwe – a jedynie jej celem było złagodzenie przebiegu choroby, zmniejszenie cierpień i ewentualne przedłużenie życia. W dacie operacji J. S. (2) choć leczył się w związku ze zdiagnozowanym nowotworem to jednak był w dobrym stanie ogólnym. Podpisując formularz nie był świadomy wszystkich możliwych skutków operacji oraz nie wiedział o innych metodach usunięcia węzłów chłonnych śródpiersia. Nie wyraził więc zgody, która była odpowiednio objaśniona, a zatem była ona wadliwa, wskutek czego personel pozwanego szpitala wykonał operację bez zgody pacjenta i naraził pozwanego na odpowiedzialność cywilną za szkodę mimo, że zarówno czynności diagnostyczne jak i czynności podejmowane w toku operacji były wykonywane zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

W toku sprawy wykazany został także związek przyczynowy między powstaniem szkody u J. S. (2) i działaniem personelu pozwanego szpitala. Niewątpliwie bowiem to w toku operacji na którą J. S. (2) nie wyraził prawidłowej zgody doszło do porażenia fałdu głosowego oraz udaru niedokrwiennego mózgu wskutek czego stał się on osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji.

Zaistniały więc wszystkie przesłanki niezbędne do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za szkodę, a skoro tak, to jest on obowiązany do jej naprawienia.

Zadośćuczynienie

J. S. (2) domagał się zasądzenia kwoty 450.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W toku sprawy zmarł, a w jego miejsce wstąpili jego spadkobiercy tj. J. S. (1), A. S. i P. S., które domagały się przyznania zadośćuczynienia w kwotach po 150.000 zł na rzecz każdej z nich. Legitymacja powódek nie była w toku postępowania kwestionowana, a wynikało to z tego że wierzycelności przysługujące poszkodowanemu w związku z wyrządzoną mu szkodą na osobie podlegają dziedziczeniu przez jego spadkobierców na zasadach ogólnych, tj. zgodnie z art. 922 § 1 k.c., poza wyjątkiem przewidzianym w art. 445 § 3 k.c., a dotyczącym zadośćuczynienia. Zgodnie z tym ostatnim przepisem, roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie lub gdy powództwo zostało wytoczone jeszcze za życia poszkodowanego. Przedmiotowe powództwo zostało wytoczone za

życia poszkodowanego J. S. (2), dlatego też nie budziło wątpliwości to, że następcy prawni zmarłego byli uprawnieni do domagania się zapłaty zadośćuczynienia.

Jak stanowi art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie pieniężne, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c. ma na celu naprawienie szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych, dlatego też ustalając kwotę zadośćuczynienia należy mieć na uwadze rozmiar cierpień fizycznych związanych z zaistnieniem wypadku, dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu oraz długotrwałego leczenia; ma ono na celu złagodzenie osobie pokrzywdzonej doznanych cierpień fizycznych i moralnych, wysokość zadośćuczynienia musi zatem pozostawać w zależności od intensywności cierpień, czasu ich trwania, ujemnych skutków zdrowotnych jakie osoba poszkodowana będzie zmuszona znosić w przyszłości - zadośćuczynienie ze swej istoty co do zasady uwzględniać winno więc wszystkie cierpienia, których doznał pokrzywdzony: zarówno te, które odczuwał w przeszłości, jak i aktualne oraz te, co istotne, które będzie odczuwał do końca życia; przy określaniu wymiaru zadośćuczynienia należy uwzględnić wszystkie okoliczności danego zdarzenia, a zwłaszcza rodzaj obrażeń i rozmiar związanych z nimi cierpień fizycznych i psychicznych, stopień kalectwa, poczucie nieprzydatności, konieczność korzystania ze wsparcia bliskich, a zadośćuczynienie powinno spełniać funkcję kompensacyjną (zob. wyrok SN z dnia 29 września 2004 r., sygn. akt II CK 531/03, Lex nr 137577; wyrok SA w Białymstoku z dnia 1 lutego 2005 r., sygn. akt III APa 9/04, Legalis nr 72479; wyrok SA w Szczecinie z dnia 17 czerwca 2009 r., sygn. akt I ACa 771/08, Lex nr 550910; wyrok SN z dnia 17 września 2010 r., sygn. akt II CSK 94/10, Lex nr 602758). Sąd przy określaniu wysokości zadośćuczynienia ma obowiązek w każdym przypadku dokonywać oceny konkretnego stanu faktycznego i brać pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy. Z tego wynika, że ustalenie w toku sprawy stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu jest tylko jednym z wyznaczników wysokości zadośćuczynienia, określając w sposób procentowy jaka jest skala trwałych, negatywnych skutków wypadku u pokrzywdzonego. Nie można bowiem przypisywać trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu znaczenia kryterium kluczowego, służącego obliczeniu swoistego ryczałtu należnego poszkodowanemu. W orzecznictwie jednolicie przyjmuje się, że sam stopień uszczerbku na zdrowiu, może być jedynie pomocniczym kryterium, które nie ma decydującego znaczenia przy orzekaniu o zadośćuczynieniu, gdyż o jego rozmiarach stanowi między innymi rodzaj i trwałość skutków doznanych uszkodzeń ciała i związanych z tym cierpień, ale określanych według kryteriów medycznych, nie zaś na podstawie przepisów prawa służących do ustalania innego rodzaju świadczeń (np. z ubezpieczenia, czy z tzw. ustawy wypadkowej), których wysokość określa się ryczałtowo, stosownie do wskaźnika procentowego uszczerbku na zdrowiu.

Nie ma podstaw do uwzględniania śmierci pokrzywdzonego jako okoliczności istotnej dla określenia "odpowiedniej" sumy zadośćuczynienia. Prawo do zadośćuczynienia ma charakter osobisty, a na spadkobierców przechodzi konkretne roszczenie, z którym za życia wystąpił pokrzywdzony (art. 445 § 3 k.c.). Chodzi zatem o roszczenie w wysokości, jaka przysługiwała pokrzywdzonemu, co uzasadnia ustalenie takiej sumy, jaka byłaby odpowiednia dla naprawienia krzywdy przezeń doznanej - o którą wystąpił z powództwem za życia (zob. wyrok SN z dnia 17 czerwca 2009 r., sygn. akt IV CSK 84/09, Lex nr 818614).

Jak wynika z ustalonego w sprawie stanu faktycznego J. S. (2) w toku operacji przeprowadzonej w dniu 1 kwietnia 2011 r. doznał szkody w postaci porażenia fałdu głosowego oraz udaru niedokrwiennego mózgu. Skutki te, a zwłaszcza udar niedokrwienny mózgu doprowadziły do porażenia lewej kończyny górnej i niedowładu lewej kończyny dolnej oraz zaburzeń funkcji mózgu w zakresie kontaktu z otoczeniem, zaburzeń mowy, czytania, pisanie i liczenia. W efekcie J. S. (2) wymagał stałej opieki innych osób oraz pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych i nie był w stanie samodzielnie normalnie funkcjonować w życiu rodzinnym i społecznym. Opieka taka była konieczna do dnia jego śmierci. Jednocześnie wymagał on prowadzenia stałej rehabilitacji ruchowej, zajęciowej i rehabilitacji logopedycznej. Cierpienia fizyczne J. S. (2) były duże, ponieważ występowało u niego znaczne ograniczenie ruchomości, co w praktyce eliminowało go ze zwykłej aktywności. Znacznymi były także jego cierpienia psychiczne, a to dlatego, że miał problem z porozumiewaniem się z otoczeniem ze względu na afazję ruchową i agrafię oraz trudności w stosowaniu mowy opowieściowej, co utrudniało mu swobodne porozumiewanie się z otoczeniem. Niewątpliwie więc w wyniku operacji

na którą nie wyraził koniecznej zgody, J. S. (2) doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Nie sposób przy tym pominąć, iż w dacie 1 kwietnia 2011 r. był w stanie ogólnym dobrym.

Realizując przywołane wyżej wskazania orzecznictwa, co do wszechstronnej oceny skutków zdarzenia wywołującego szkodę na osobie Sąd uwzględniał również przesłanki wpływające limitująco na zakres uszczerbku J. S. (2), a tym samym na wysokość zadośćuczynienia. Nie można bowiem pomijać, że J. S. (2) choć w dacie przedmiotowej operacji był w stanie ogólnym dobrym to jednak miał zdiagnozowaną chorobę nowotworową na którą leczył się od 2009 r. W dniu 1 kwietnia 2011 r. rak rdzeniasty tarczycy miał postać rozsianą, z przerzutami do wątroby i śródpiersia. Taki stan kliniczny nie rokował wyleczenia choroby nowotworowej, a wszelkie zabiegi lecznicze mogły mieć jedynie charakter paliatywny, tj. mający na celu złagodzenie przebiegu choroby, zmniejszenie cierpień i ewentualne przedłużenie życia. Nie istniały natomiast jakiejkolwiek szanse na wyleczenie i powrót do zdrowia. Charakter rozsianej choroby nowotworowej był postępujący i nie było możliwe jej powstrzymanie.

Zważając na powyższe okoliczności które złożyły się na ogólny rozmiar cierpienia i krzywd doznanych przez J. S. (2), Sąd uznał, że zasadną kwotą zadośćuczynienia jest suma 150.000 zł. Ma ona wymierny charakter, a jednocześnie nie jest symboliczna i wygórowana. Z tej przyczyny w oparciu o art. 445 § 1 k.c. Sąd zasądził od pozwanego na rzecz każdej z powódek kwoty po 50.000 zł a w pozostałym zakresie powództwo o zadośćuczynienie oddalił. Taki sposób orzeczenia o zadośćuczynieniu poprzez jego podzielenie po 1/3 na rzecz każdej z powódek wynikał z tego, że roszczenie to ma charakter pieniężny, a przez to jest podzielne. Nadto udziały po 1/3 odpowiadały rozmiarowi w jakim każda z powódek dziedziczy po J. S. (2) (zob. wyrok SA w Białymstoku z dnia 13 maja 2015 r., I ACa 32/15, Legalis nr 1271336).

Odszkodowanie

W ramach odszkodowania każda z powódek domagała się zasądzenia kwot po **5.824 zł**, a to w związku z kosztami opieki jakiej wymagał J. S. (2) do dnia 30 września 2012 r.

W przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia art. 444 § 1 k.c. stanowi, że naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty związane z pokryciem strat materialnych i kosztów leczenia. Odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki (koszty) pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne (niezbędne) i celowe (por. M. Nesterowicz (w:) Kodeks..., s. 425; G. Bieniek (w:) Komentarz..., s. 416; wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, M. Praw. 2008, nr 3, s. 116). Pojęcie „wszelkie koszty” oznacza koszty różnego rodzaju, których nie da się z góry określić, a których ocena, na podstawie okoliczności sprawy, należy do sądu (wyrok SN z dnia 9 stycznia 2008 r., II CSK 425/07, LEX nr 378025). Celowość ponoszenia wszelkich wydatków może być związana nie tylko z możliwością uzyskania poprawy stanu zdrowia, ale też z potrzebą utrzymania tego stanu, jego niepogarszania (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, Lex nr 738127). Do kosztów objętych § 1 wspomnianego artykułu należą m.in.: koszty leczenia, koszt urządzeń kompensujących kalectwo, koszty specjalnego odżywiania, koszty celowe komunikacji pozostające w związku z chorobą, jak na przykład dojazdy do szpitala, do aptek, na badania itp., przy czym dotyczy to nie tylko poszkodowanego, ale również członków jego rodziny opiekującej się nim. Co istotne strona dochodząca odszkodowania nie musi w każdym przypadku przedkładać dowodu z dokumentów wykazujących fakt poniesienia szkody oraz jej wysokości. Nie jest bowiem wyłączona możliwość dowodzenia takich okoliczności dowodami z zeznań świadków lub przesłuchania strony (zob. wyrok SA w Katowicach z dnia 23 lutego 2016 r., sygn. akt I A939/15, Legalis nr 1446404).

Prawo poszkodowanego do ekwiwalentu z tytułu zwiększonych potrzeb w postaci konieczności korzystania z opieki osób trzecich nie wymaga bowiem wykazania, że osoba poszkodowana rzeczywiście ponosiła konkretne wydatki na koszt opieki ani wskazania faktycznej wysokości tych kosztów. Za wystarczające uważa się potwierdzenie przez te osoby, że taka opieka była sprawowana, na czym polegała i jak długo trwała. Punktem odniesienia dla oceny zasadności udzielenia poszkodowanemu pomocy jest charakter doznanych przez niego obrażeń ciała. W doktrynie i orzecznictwie utrwalony jest pogląd, że opieka ta może być sprawowana przez osoby poszkodowanemu najbliższe i członków rodziny. (zob. wyrok SN z dnia 26 lipca 1977 r., sygn. akt. I CR 143/77, Legalis nr 20247).

Jak wynika z poczynionych w sprawie ustaleń, J. S. (2) po opuszczeniu szpitala w R., aż do 24 lutego 2012 r. przebywał w Hospicjum (...) w R., a potem przebywał w domu. Jak wskazali biegli, na co dzień wymagał stałej opieki innych osób oraz pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych, gdyż nie był w stanie samodzielnie normalnie funkcjonować. Nie budzi więc wątpliwości, że opieka sprawowana przez J. S. (1) była konieczna, a przez to żądanie odszkodowania za nią było co do zasady uzasadnione. Strona powodowa rozliczała koszty tej opieki wynoszącej 8 godzin na dobę przez 9 miesięcy (273 dni do 30 września 2012 r.) przy przyjęciu stawki 8 zł za godzinę opieki. O ile zdaniem Sądu na aprobatę zasługiwał wymiar dzienny opieki (8 godz.) oraz stawka za godzinę opieki (8 zł), gdyż nie były wygórowane, a nadto odpowiadały okolicznościom sprawy i zasadom doświadczenia życiowego, o tyle już zawyżona została ilość dni których rozliczenia domaga się strona powodowa. Uwzględnić bowiem należy, że po opuszczeniu hospicjum (25 lutego 2012 r.), aż do 30 września 2012 r. J. S. (2) przebywał w domu przez 219 dni, a nie przez 273 dni. Zatem ustalając odszkodowanie za koszty opieki należało wziąć pod uwagę okres 219 dni, wymiar opieki w wysokości 8 godzin na dobę oraz stawkę 8 zł za godzinę co w sumie dało kwotę 14.016 zł, którą jako wynikającą ze świadczenia podzielnego należało podzielić po 1/3 na rzecz każdej z powódek. W efekcie Sąd zasądził na ich rzecz po 4.672 zł, a w pozostałym zakresie powództwo o odszkodowanie oddalił.

Odsetki od zadośćuczynienia i odszkodowania

W zakresie odsetek od zadośćuczynienia i odszkodowania strona powodowa domagała się ustalenia ich terminu początkowego na dzień 21 listopada 2012 r. do dnia zapłaty wskazując, że data ta została określona w ten sposób, że pismo ze sprecyzowanymi roszczeniami do ubezpieczyciela zostało wysłane 19 października 2012 r. i do tej daty zostało doliczone 5 dni na doręczenie korespondencji oraz dodatkowo 30 dni na przeprowadzenie postępowania likwidacyjnego.

Odnosząc się do powyższego żądania w pierwszej kolejności należy wskazać, że terminem od którego należą się odsetki za opóźnienie w zapłacie może być w zależności od okoliczności sprawy zarówno dzień poprzedzający wyrokowanie, jak i dzień wyrokowania (zob. wyrok SN z dnia 8 marca 2013 r., sygn. akt III CSK 192/12, Legalis nr 726342). W realiach niniejszej sprawy domaganie się zasądzenia odsetek od 21 listopada 2012 r. było nieuzasadnione, a to dlatego, że wezwany do zapłaty został nie pozwany szpital lecz jego ubezpieczyciel. Niezasadnym jest więc wywodzenie terminu początkowego odsetek z faktu postępowania likwidacyjnego (...) S.A. Z tej przyczyny uznać należało, że wezwanie pozwanego szpitala do zapłaty nastąpiło dopiero poprzez doręczenie mu odpisu pozwu w niniejszej sprawie. Najwcześniejszym możliwym terminem początkowym odsetek jest więc dzień następny po tym doręczeniu tj. 21 listopada 2014 r. (k. 332) i został on uwzględniony przez Sąd jako adekwatny do okoliczności sprawy.

Podsumowując, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz każdej z powódek po 54.672 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 listopada 2014 r. do dnia zapłaty o czym orzekł w pkt I sentencji wyroku, a w pozostałym zakresie powództwo oddalił.

Renta

Poza powyższymi żądaniami strona powodowa domagała się zasądzenia renty w kwotach po 890 zł miesięcznie za okres od października 2012 r. do grudnia 2013 r.

W myśl art. 444 § 1 k.c. jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej, albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty (art. 444 § 2 k.c.). Renta przewidziana w art. 444 k.c. nie ma charakteru alimentacyjnego, lecz wyłącznie odszkodowawczy i przesłanką jej ustalenia nie może być koszt utrzymania osoby poszkodowanej, ale wyłącznie odszkodowanie za utratę zdolności do pracy (za utratę zarobków) oraz odszkodowanie za zwiększenie się potrzeb poszkodowanego na skutek wyrządzenia mu szkody na zdrowiu (zob. wyrok SN z dnia 20 grudnia 1977 r., sygn. akt IV CR 486/77, Lex nr 8042). Przy czym, co jest istotne, przyznanie renty z tytułu zwiększonych potrzeb na podstawie art. 444 § 2 k.c. nie jest uzależnione od wykazania, że poszkodowany te potrzeby faktycznie zaspokaja i ponosi związane z tym wydatki. Do przyznania renty z tego tytułu, wystarcza samo istnienie

zwiększonych potrzeb poszkodowanego jako następstwo czynu niedozwolonego. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 czerwca 2005 r. (sygn. akt III CK 392/04, Lex nr 177203), w sytuacji kiedy podstawa zasądzenia na rzecz poszkodowanego renty stanowi zwiększenie potrzeb wyrażających się w przyszłych powtarzających się stałych wydatkach obejmujących między innymi konieczną opiekę, rehabilitację, pielęgnację, to w takim przypadku wystarczające jest wykazanie przez poszkodowanego istnienia zwiększonych potrzeb stanowiących następstwo czynu niedozwolonego. Oparte na tej podstawie roszczenie poszkodowanego nie ma charakteru roszczenia regresowego w stosunku do zobowiązanego do naprawienia szkody. Poszkodowany może bowiem aktualnie nie dysponować na razie odpowiednimi środkami finansowymi na dokonanie wydatków, które jednak są konieczne. W przypadku obliczania renty z tytułu zwiększonych potrzeb, sąd nie jest zobowiązany do drobiazgowej dokładności. W tym zakresie powinien się kierować wskazaniem z art. 322 k.p.c. (zob. wyrok SN z dnia 25 listopada 1999 r., sygn. akt II CKN 476/98, Legalis nr 349094).

Odnosząc się do żądania renty w pierwszej kolejności stwierdzić należy, iż co do zasady było uzasadnione. J. S. (2) po opuszczeniu szpitala w R., aż do swojej śmierci wymagał nie tylko nieustanne pomocy innych osób, ale także wskazane było u niego prowadzenie rehabilitacji, w tym rehabilitacji logopedycznej. W toku sprawy strona powodowa wykazała fakt sprawowania opieki nad J. S. (2) przez jego żonę i w tym zakresie powództwo zasługiwało na uwzględnienie do kwoty 1.920 zł miesięcznie przy przyjęciu za stronę powodową, że kwota ta wynika z pomnożenia okresu 30 dni (miesiąc) przez 8 godzin opieki na dobę oraz przez stawkę 8 zł za godzinę opieki. Nadto w ocenie Sądu, wykazane zostały koszty dojazdu taksówkami na zajęcia logopedyczne raz w tygodniu. Zarówno bowiem powódka J. S. (1) jak i świadek E. K. zeznały, że J. S. (2) dojeżdżał taksówkami na te zajęcia. W zakresie kosztów tych dojazdów powódka wiarygodnie zeznała, że przejazd w jedną stronę kosztował 17 – 18 zł (k. 405), a więc w skali miesiąca z tego tytułu J. S. (2) ponosił wydatki w kwocie około 150 zł. Dalszych części składowych dochodzonej renty strona powodowa nie udowodniła. W szczególności brak było dostatecznych dowodów wykazujących koszty zakupu leków, innych dojazdów, wizyt kontrolnych i rehabilitacji ruchowej. Nieuzasadnione było także domaganie się renty za okres, aż do grudnia 2013 r. w sytuacji, gdy od września 2013 r., aż do chwili śmierci w dniu 2 stycznia 2014 r. J. S. (2) przebywał w stacjonarnym hospicjum, gdzie miał zapewnioną opiekę. W związku z przebywaniem w hospicjum nie dojeżdżał on także od września 2013 r. na zajęcia logopedyczne.

W podsumowaniu powyższego stwierdzić należało, że żądanie renty zasługiwało na uwzględnienie do łącznej kwoty 2.070 zł miesięcznie i należna ona jest za okres od października 2012 r. do sierpnia 2013 r. Jako, że także to roszczenie ma charakter podzielny to Sąd zasądził na rzecz każdej z powódek rentę w kwotach po 690 zł miesięcznie wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności. W tym miejscu wskazać jeszcze należy, że sformułowane przez powódki żądanie w zakresie odsetek od kwot renty było błędne (k. 288 – 289). Termin płatności każdej kolejnej raty renty został ustalony na dzień do 10-tego każdego następnego miesiąca od 1 października 2012 r. do 31 sierpnia 2013 r., a więc każda kolejna rata wynosząca po 690 zł ma swój osobny termin wymagalności. Sumowanie kolejnych rat i ustalanie dla nich innych terminów wymagalności prowadziłyby do rozstrzygnięcia z którego wynikałoby np. że od raty renty należnej za sierpień 2013 r. wynoszącej 690 zł odsetki liczone byłyby od kwoty 7.590 zł (11 miesięcy x 690 zł).

W świetle powyższego, Sąd w części uwzględnił żądanie renty o czym orzekł w pkt II sentencji wyroku, a pozostałym zakresie powództwo oddalił - jak w pkt IV sentencji.

Odpowiedzialność na przyszłość

Strona powodowa cofnęła pozew w zakresie żądania ustalenia odpowiedzialności na przyszłość, dlatego też postępowanie w tym zakresie podlegało umorzeniu na mocy art. 355 § 1 k.p.c., o czym Sąd orzekł w pkt III sentencji wyroku.

Koszty

Orzekając o kosztach Sąd miał na uwadze, że: powództwo zostało uwzględnione w około 37% (186.786 zł z 507.552 zł), powódki były zwolnione od opłaty od pozwu, strony były reprezentowane przez profesjonalnych pełnomocników

ustanowionych z wyboru, w toku sprawy wypłacono tymczasowo ze środków Skarbu Państwa na wynagrodzenie biegłych łączną kwotę 21.621,33 zł (k. 577).

Z uwagi na wynik sprawy Sąd na mocy art. 113 u.k.s.c. w zw. z art. 100 k.p.c. nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Nowym Sączu od powódek kwoty po 4.540,47 zł tytułem zwrotu części wydatków na wynagrodzenie biegłych ($21.621,33 \text{ zł} \times 63\% = 13.621,43 \text{ zł} : 3$), a także kwoty po 5.346 zł tytułem opłat od pozwu od nieuwzględnionego roszczenia ($507.552 \text{ zł} - 186.786 \text{ zł} = 320.766 \text{ zł} : 3$). Ściągnięcie opłat od pozwu Sąd nakazał z zasądzonego na rzecz powódek w pkt I i II sentencji roszczenia, albowiem w toku sprawy nie miały one obowiązku ich uiszczać. Skoro jednak ostatecznie na ich rzecz zostało zasądzone roszczenie, a pozwanego nie obciążają koszty opłaty od pozwu w zakresie w którym nie został uwzględniony to należało orzec w myśl art. 113 ust. 2 pkt 1 u.k.s.c. W niniejszej sprawie Sąd nie znalazł podstaw do uznania, iż zachodził przypadek szczególnie uzasadniony o którym mowa w art. 113 ust. 4 u.k.s.c. Powódki występują bowiem w niniejszym postępowaniu jako następcy prawni J. S. (2). Ich szkoda nie ma więc charakteru bezpośredniego, to bowiem ich spadkodawca bezpośrednio dotknięty był krzywdą i szkodą jaką mu wyrządzono w związku z operacją z dnia 1 kwietnia 2011 r. Poza tym uzyskanie świadczeń w kwotach zasądzonych w zaskarżonym wyroku oznacza, że powódki jako przegrywające spór w części, posiadają rezerwy finansowe niezbędne do uregulowania opłat od pozwu. Jeśli zaś chodzi o pozwanego to Sąd na mocy art. 113 ust. 1 w zw. z art. 100 k.p.c. nakazał ściągnąć od niego kwotę 7.999,89 zł tytułem części wydatków na wynagrodzenie biegłych ($21.621,33 \text{ zł} \times 37\%$) oraz kwotę 9.340 zł tytułem opłaty od pozwu od uwzględnionego roszczenia ($186.786 \text{ zł} \times 5\%$).

Koszty postępowania między stronami zostały wzajemnie zniesione przez Sąd na mocy art. 100 k.p.c. Co prawda stopień wygrania sprawy przez stronę powodową jest mniejszy od stopnia przegrania, jednakże istotne jest to, że wykazana została podstawa odpowiedzialności pozwanego szpitala. Powództwo było więc co do zasady uzasadnione i już sama ta okoliczność przemawia za słusnością wzajemnego zniesienia kosztów.