

sygn. akt IC 174/16

Dnia 12 kwietnia 2018 roku

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

Przewodniczący : SSO Paweł Poręba

Protokolant : Martyna Miczek

po rozpoznaniu w dniu 12 kwietnia 2018 roku w Nowym Sączu na rozprawie

sprawy z powództwa A. K. (1)

przeciwko **P. Szpitalowi (...) II w N.**

o zapłatę

I. oddala powództwo,

II. nie obciąża powódki kosztami procesu,

III. nieopłaconymi kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

SSO Paweł Poręba

Sygn. akt I C 174/16

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego w Nowym Sączu

z dnia 12 kwietnia 2018 roku

W pozwie z dnia 21 grudnia 2015 roku powódka A. K. (1) domagała się (k. 1-11) zasądzenia na jej rzecz od pozwanego P. Szpitala (...) II w N. w związku ze śmiercią jej męża T. K. (1):

1. kwoty 60.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wniesienia pozwu roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę;
2. kwoty 40.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia wniesienia pozwu roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania.

W uzasadnieniu pozwu powódka podała, że w dniu 16 listopada 2012 roku około godziny 9.20 T. K. (1) został przywieziony na Szpitalny Oddział Ratunkowy do pozwanego P. Szpitala (...) II w N. z podejrzeniem udaru mózgu. Około godziny 11.00 A. K. (2) syn T. K. (1) uzyskał w szpitalu informację, że ojciec, który jest po wszystkich badaniach wraz z tomografią komputerową ma pęknięcie tętniaka i wylew podpajęczynówkowy oraz że musi być natychmiast przewieziony do K. na zabieg operacyjny. Chory w tym czasie był przytomny, rozmawiał bez problemów, skarżył się na ból głowy i szyi. Około godziny 12.30 T. K. (1) został przewieziony na Oddział Neurologiczny pozwanego szpitala i od tej pory oczekiwał na transport do K. z uwagi na brak wolnej karetki. Dopiero około godziny 17.00 T. K. (1) został przewieziony do Szpitala (...) w K. na Oddział Kliniczny Neurochirurgii i N. zwykłą karetką transportową, a jego stan znacznie się pogorszył. Około godziny 19.00 rodzina została poinformowana telefonicznie przez lekarza Szpitala (...) w K., że T. K. (1) został przywieziony w stanie krytycznym a lekarze zastanawiają się czy wykonać u niego zabieg w takim stanie. Około godziny 23.00 T. K. (2) był operowany. Następnie przez około 6 tygodni pozostawał w śpiączce i w dniu 27 grudnia 2012 roku zmarł.

Zdaniem powódki lekarze P. Szpitala (...) II w N. bardzo długo zwlekali z przewiezieniem T. K. (1) do Szpitala (...) w K., przez co narazili go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, jego stan w tym czasie się pogorszył, skutkiem czego on zmarł. Od momentu przyjęcia na Oddział Ratunkowy pozwanego szpitala lekarze dopuścili się też błędów diagnostyczno- terapeutycznych. W czasie oczekiwania na transport lekarze próbowali znormalizować układ krzepnięcia krwi chorego podając leki obniżające ciśnienie krwi i płyny infuzyjne. O godzinie 16.30 odnotowano pogorszenie stanu neurologicznego, nasiliły się bóle głowy a T. K. (1) był zdezorientowany. Dopiero po znacznym pogorszeniu jego stanu zdecydowano się na jego transport do K.. W ocenie powódki nawet przy założeniu, że początkowo decyzja o pozostawieniu T. K. (1) w pozwanym szpitalu miała uzasadnienie medyczne, to przy pogarszającym się w ciągu kolejnych godzin stanie pacjenta należało go niezwłocznie przetransportować do szpitala wyspecjalizowanego. W konsekwencji doszło do opóźnienia wykonania operacji o ponad jedenaście godzin co spowodowało przez ten okres zagrożenie życia pacjenta i zwiększyło ryzyko zabiegu.

Powódka podkreśliła, iż na lekarzu ciąży szczególnie obowiązek prawny opieki nad pacjentem na każdym etapie leczenia. Stosownie do art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością. Także art. 8 kodeksu etyki lekarskiej stanowi, że lekarz powinien prowadzić wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas. Takiego postępowania zabrakło w dniu 16 listopada 2012 roku wśród lekarzy P. Szpitala w N., którzy zamiast przetransportować T. K. (1) specjalistyczną jednostką transportu sanitarnego do jednostki wykonującej operacyjne leczenie zwlekali z decyzją, podejmując niewłaściwe leczenie wobec pacjenta.

Według powódki pozwany szpital ponosi także odpowiedzialność za uchybienia w organizacji specjalistycznego transportu pacjentów do innych szpitali, co także było przyczyną szkody. Zgodnie bowiem z art. 45 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08 września 2016 roku w przypadku, gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania wymaga transportu bezpośrednio do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanej jednostki. W przypadku transportu poza rejon działania dysponenta jednostki transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego. Zatem w ocenie powódki Oddział Ratunkowy pozwanego szpitala był zobligowany do podjęcia natychmiastowej decyzji o transporcie T. K. (1) do szpitala wyspecjalizowanego zapewniającego leczenie udarów, transportem specjalistycznym lub śmigłowcem zespołu ratownictwa medycznego. Dlatego podana przez pozwany szpital przyczyna zwłoki w przetransportowaniu T. K. (1) związana z obniżeniem wskaźnika krzepliwości krwi nie była w świetle aktualnej wiedzy medycznej niezbędna w sytuacji niecierpiącej zwłoki, jaką był wylew krwi do mózgu. Dodatkowo przetoczenie dwóch jednostek osocza świeżo mrożonego w celu normalizacji układu krzepnięcia krwi trwa przeciętnie godzinę, a nie jak w niniejszej sprawie 8 godzin. Odwlekanie transportu spowodowało dalsze pogorszenie stanu zdrowia T. K. (1). Ponadto wysłanie chorego w takim stanie karetką transportową nie jest jednoznaczne z przetransportowaniem przez specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, który musi spełniać minimalne wymagania techniczne i jakościowe wynikające z obowiązującej normy dla ambulansu drogowego skonstruowanego i wyposażonego do transportu zaawansowanego leczenia i monitorowania podczas transportu zapewniającego możliwość podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych. W szpitalu nie posiadającym odpowiedniego potencjału medycznego do operacji neurologicznych u pacjentów z udarami krwotocznymi posiadanie dyspozycyjnego specjalistycznego transportu sanitarnego jest obowiązkiem.

Dlatego powódka twierdziła, iż działanie lekarzy pozwanego szpitala nosiło znamiona niedbalstwa i nie dołożono należytej staranności. Lekarze pozwanego szpitala przez niedbalstwo i naruszenie wymaganej procedury leczenia przyczynili się do powstania szkody, tj. śmierci T. K. (1) po przeprowadzonej z opóźnieniem operacji.

Wina podwładnego – lekarza jest przesłanką odpowiedzialności pozwanego szpitala na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu strony pozwanej (wina bezimienna).

Pomiędzy zaniedbaniem lekarzy, a śpiączką T. K. (1) i jego śmiercią zachodzi normalny związek przyczynowy.

Na marginesie powódka wskazała (k. 9), iż synowie T. K. (1) podejmowali liczne działania zmierzające do wyjaśnienia rzeczywistej przyczyny śmierci ojca. Zwracali się między innymi do dyrektora pozwanego szpitala, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy w K. oraz złożyli zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do Prokuratury Rejonowej w Nowym Targu.

Postępowanie przed Sądem Lekarskim zostało umorzone, zaś postępowanie przygotowawcze w sprawie Ds. 298/15/Sp prowadzone przez Prokuraturę Rejonową w Muszynie jest w toku.

Uzasadniając żądanie odszkodowania w kwocie 40 000 złotych powódka powołała się (k. 6-7) na dyspozycję art. 446 § 3 k.c. wskazując, iż w związku ze śmiercią T. K. (1) nastąpiło znaczne pogorszenie jej sytuacji życiowej.

T. K. (1) był mężem powódki, żywicielem rodziny a powódka zajmowała się domem. Przez wiele lat T. K. (1) prowadził piekarnię, następnie sklep warzywny oraz sprzedawał na jarmarku warzywa i owoce. Swoją działalność prowadził aż do śmierci. Zmarły prowadził także duże gospodarstwo rolne, posiadał konie, krowy i kury. Po jego śmierci powódka nie była w stanie zająć się gospodarstwem, dlatego inwentarz żywy został wyprzedany.

T. K. (1) pobierał rentę w kwocie 1222,81 zł, a powódka emeryturę w kwocie 1319,59 zł. Łącznie małżonkowie dysponowali kwotą 2 109,73 zł miesięcznie i z powodzeniem zaspokajali bieżące koszty swojego utrzymania.

Z uwagi na śmierć męża powódka została pozbawiona wsparcia w codziennym życiu, a także możliwości czerpania z dochodów męża. Powódka nie posiada oszczędności, ani biżuterii. Jej biżuteria została skradziona.

Wsparcie okazują powódce jedynie synowie.

Uzasadniając żądanie zadośćuczynienia w kwocie 60 000 złotych powódka powołała się (k. 7-8) na dyspozycję art. 446 § 3 k.c.

W chwili śmierci T. K. (1) miał 85 lat, a małżonkowie spędzili razem 60 lat życia. Mieszkali w jednym domu, wspólnie podejmowali decyzje, byli zgodnym kochającym się małżeństwem. Łączyła ich silna więź emocjonalna oparta na zaufaniu i wzajemnym szacunku. Mieli dużą rodzinę i spore grono znajomych. T. K. (1) był osobą zaradną i uczynną, posiadał pogodne usposobienie.

Przed przyjęciem do pozwanego szpitala w dniu 16 listopada 2012 roku T. K. (1) leczył się z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego i niewydolności krążenia. Pięć lat wcześniej przeszedł zator płucny, po którym szybko doszedł do siebie i już nie chorował.

Śmierć męża spowodowała u powódki cierpienie fizyczne i ból psychiczny, tak iż jest ona uzależniona od osób trzecich. Wraz ze śmiercią męża powódka została pozbawiona oparcia oraz pomocy męża. Nie mogła spać, nie miała apetytu, cierpiała na silne bóle głowy. Została sama w dużym domu i na gospodarstwie. Samotność po śmierci męża jest dla niej dotkliwa i długotrwała. Powódka nadto straciła zaufanie do lekarzy. Odczuwa dlatego ciągle obawy z leczeniem kogokolwiek z jej bliskich, sama boi się chodzić do lekarza i nie potrafi pogodzić się z tym co się stało. Korzysta z poradni psychologiczno-psychiatrycznej w N. lecząc się z zaburzeń depresyjno-lękowych. Powódka nie jest w stanie prowadzić samodzielnie gospodarstwa domowego, wymaga ciągłej pomocy i opieki ze strony dzieci. Z powódką dlatego przebywa syn A. K. (2), który zrezygnował z pracy, aby móc się nią zajmować i zapewnić jej towarzystwo.

Uzasadniając żądanie odsetek powódka powołała się na dyspozycję art. 481 k.c. i art. 455 k.c. Wskazała także że wyrok Sądu w niniejszej sprawie nie będzie miał charakteru konstytutywnego lecz deklaracyjny.

W odpowiedzi na pozew (k. 73-81) P. Szpital (...) II w N. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana podała, że nie zgadza się z zarzutami zawartymi w pozwie, uznając je za nieprawdziwe i nieuzasadnione.

Strona pozwana nie zgodziła się z istnieniem związku przyczynowego między procesem diagnostyki i leczenia T. K. (1) a jego śmiercią. Warunkiem koniecznym do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej byłoby bowiem wadliwe wykonanie czynności leczniczych. Tymczasem postępowanie lekarzy nie było ani bezprawne ani zawinione. Wszelkie czynności zostały podjęte w ramach ratujących życie i zdrowie procedur leczniczych.

T. K. (1) był dotychczas leczony z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego, niewydolności krążenia, (...), stanu po zatorowości płucnej, stanu po nagłym zatrzymaniu krążenia i oddychania ze skuteczną reanimacją i nikotynizmem.

W dniu 16 listopada 2012 roku trafił on na oddział ratunkowy pozwanego szpitala z objawami bólu głowy, nagłej utraty przytomności. Na Oddziale Ratunkowym wykonano badanie TK głowy, które wykazało obecność krwi w zbiornikach podstawy, w rowkach mózgowych obu półkul mózgu oraz lewej komorze bocznej w okolicy otworu Monro. Wykonano następnie badanie angio TK tętnic mózgowych, które wykazało obecność tętniaka lewej tętnicy środkowej mózgu o wymiarach 10x10x10 mm. Dokonano konsultacji z doktorem K. z Kliniki (...) w K. i uzyskano informację, że wskaźnik (...) (na poziomie 3,5 przy przyjęciu) dyskwalifikuje pacjenta co do możliwości prowadzenia zabiegu operacyjnego i celowości transportu. Uzgodniono, że przyjęcie do Kliniki (...) w K. celem leczenia operacyjnego uzależnione będzie od normalizacji (...) i konsultacji kardiologicznej. Dlatego T. K. (1) przewieziono na Oddział Neurologiczny z Oddziałem Udarowym pozwanego szpitala celem uzyskania niezbędnej dla zabiegu operacyjnego homeostazy. Celem obniżenia wskaźnika (...) podano choremu ampulkę witaminy K i dwie jednostki osocza świeżo mrożonego i uzyskano obniżenie (...) do poziomu 1,8. Pacjent był konsultowany kardiologicznie i nie stwierdzono przeciwwskazań internistyczno-kardiologicznych do leczenia neurochirurgicznego. Przeprowadzono też pełną diagnostykę laboratoryjną. Około 16.30 nastąpiło pogorszenie stanu neurologicznego pacjenta, nasiliły się bóle głowy, wdrożono leczenie przeciwobrzękowe i przeciwbólowe. Około 16.45 pacjent został przekazany zespołowi karetki transportowej celem przewiezienia do Kliniki (...) w K., gdzie został operowany około 23.00.

Zdaniem strony pozwanej postępowanie w fazie przedszpitalnej, czyli od momentu zachorowania do przetransportowania T. K. (1) do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego było prawidłowe. Pacjent z objawami udaru mózgu został przetransportowany do najbliższego (...). Na (...) przeprowadzono diagnostykę adekwatną do stanu pacjenta (TK głowy, TK tętnic mózgowych). Po konsultacji z Kliniką (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta do zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) kontynuowano prawidłowe leczenie na oddziale Neurologii.

Strona pozwana zarzuciła, iż wszystkie procedury diagnostyczne mają swoje wymagania czasowe. Także tempo podawania preparatów w postaci osocza świeżo mrożonego zależy od stanu pacjenta i jego dolegliwości. U człowieka obciążonego kardiologicznie, z zatorowością płucną, po zakrzepicy podanie leku zbyt szybko może spowodować obrzęk płuc i dekompensację krążeniowo-oddechową.

Strona pozwana podkreśliła, że T. K. (1) został przewieziony karetką transportową, która jest specjalistycznym zespołem transportu sanitarnego, posiadającym wszelkie niezbędne urządzenia i leki pozwalające na prowadzenie zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych i specjalistycznej opieki medycznej. W skład zespołu karetki wchodziło dwóch ratowników medycznych i lekarz. Zastosowany środek transportu był zatem jak najbardziej właściwy w stanie w jakim znajdował się pacjent.

Nie było możliwości transportu pacjenta drogą lotniczą za pomocą śmigłowca, a przeciwwskazanie stanowiło występowanie krwotoku. Różnica ciśnień mogłaby spowodować wzrost ciśnienia śródczaszkowego i doprowadzić do gwałtownego i zwiększonego krwawienia.

Dlatego nie zachodzi związek przyczynowy między pobytem T. K. (1) w pozwanym szpitalu, prowadzonymi w nim procedurami diagnostycznymi i leczniczymi a śmiercią pacjenta.

O prawidłowości działań pozwanego szpitala świadczyć ma też wynik postępowania przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności zawodowej w K. i Okręgowym Sądem Lekarskim oraz to, że od momentu przywiezienia do Kliniki (...) w K. do operacji upłynęło 5 godzin.

Strona pozwana podniosła także zarzut przedawnienia z art. 442¹ § 1 k.c. (k. 79). Jej zdaniem skoro czynności lecznicze względem T. K. (1) miały miejsce w dniu 16 listopada 2015 roku, a powódka od początku oceniała zachowania pozwanego szpitala jako nieprawidłowe i spóźnione, to trzyletni termin przedawnienia upłynął z dniem 16 listopada 2015 roku. Pozew tymczasem został wniesiony dopiero w dniu 22 grudnia 2015 roku.

Z ostrożności procesowej strona pozwana wskazała, że kwoty żądane przez powódkę tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia są zawyżone.

Odnosząc się do odpowiedzi na pozew powódka A. K. (1) w piśmie procesowym z dnia 28 marca 2016 roku (k. 122-128) podtrzymała swoje stanowisko w sprawie na okoliczność związku przyczynowego między leczeniem T. K. (2) w pozwanym szpitalu a jego śmiercią. Podtrzymała zarzut, iż transport chorego do Kliniki (...) w K. odbył się w niewłaściwym środku transportu. W od momentu przywiezienia T. K. (1) do Kliniki (...) w K. a jego operacją upłynęło 5 godzin tylko dlatego, że został on przetransportowany w stanie krytycznym.

Powódka nie zgodziła się z zarzutem przedawnienia podniesionym przez stronę pozwaną. W jej przekonaniu szkoda w postaci śmierci pacjenta miała miejsce dopiero w dniu 27 grudnia 2012 roku, stąd 3 letni termin przedawnienia w dacie złożenia pozwu jeszcze nie upłynął.

Powódka podtrzymała kwoty dochodzone pozwem argumentując, iż są one adekwatne.

Z ostrożności procesowej wniosła o zawieszenie postępowania na podstawie art. 177 pkt. 4 k.p.c. do czasu rozpoznania sprawy Ds. 298/15/Sp przez Prokuraturę Rejonową w Muszynie.

Postanowieniem z dnia 15 lutego 2016 roku powódka została zwolniona na jej wniosek od kosztów sądowych w całości (k. 70).

Postanowieniem z dnia 29 listopada 2016 roku Sąd Okręgowy w Nowym Sączu na wniosek obu stron dopuścił (k. 199) dowód z opinii łącznej biegłych z zakresu neurologii, neurochirurgii i medycyny ratunkowej Zakładu Medycyny Sądowej (...) w B..

Na rozprawie z dnia 12 kwietnia roku (k. 73 od 00::) powódka podtrzymała pozew i wniosła o nieobciążanie jej kosztami procesu

Strona pozwana wniosła jak w odpowiedzi na pozew.

Przed Sądem Strony nie zawarły ugody.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka A. K. (1) zamieszkała w N. przy ul. (...) jest żoną zmarłego w dniu 27 grudnia 2012 roku T. K. (1).

W dniu 16 listopada 2012 około godziny 9:00 do domu powódki wezwana została karetka pogotowia z uwagi na nagłe złe samopoczucie T. K. (1) i utratę przez niego przytomności.

W zespole karetki uczestniczył lekarz I. N..

Na miejscu zdarzenia lekarz I. N. z wywiadu uzyskał informację, że T. K. (1) w przeszłości cierpiał na niewydolność kardiologiczną. I. N. przeprowadził badanie T. K. (1) i stwierdził, że reaguje on na ból. W skali (...) I. N. określił, iż T. K. (1) znajduje się w stanie ograniczonej poczytalności. Podejrzał u niego udar mózgu.

I. N. nie podawał T. K. (1) żadnych leków.

Dlatego jako kierownik zespołu ratunkowego I. N. zdecydował o przewiezieniu T. K. (1) do najbliższego szpitala, tj. na Szpitalny Oddział Ratunkowy P. Szpitala (...) II w N. celem dalszej diagnostyki.

Odległość z domu powódki do szpitala wynosiła około 2-3 km. Karetka poruszała się jako pojazd uprzywilejowany. Stan pacjenta w transporcie się nie zmienił, nie był on inkubowany i miał zachowane funkcje życiowe.

Ratownik medyczny G. N. wykonał wkłucie obwodowe, zakładając kaniulę, tj. wenflon plastikowy w żyłę.

Około godziny 9:20 T. K. (1) został przywieziony na Szpitalny Oddział Ratunkowy P. Szpitala (...) II w N..

Dowód: / zeznania świadka I. N. od 00:30:18, k. 151; karta wkłuć obwodowych, k. 105 /.

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym P. Szpitala (...) II w N. T. K. (1) został przekazany pełniącej wówczas na (...) dyżur lekarz neurolog I. S..

Przebywał tam około 2 godziny.

Lekarz I. S. pobrała krew od pacjenta, przeprowadziła wywiad, zbadała jego stan neurologiczny i krążenie oraz zleciła badanie TK głowy.

Wykonane zostały między godziną 9:59 a 10:29 badania laboratoryjne biochemiczne, hematologiczne i immunochemiczne.

Badaniem z godziny 11:49 oznaczono grupę krwi T. K. (1) jako A (...) +.

Z badania TK głowy bez kontrastu wynikało, iż nastąpił krwotok podpajęczynówkowy. Stwierdzono krew w zbiornikach podstawy, w rowkach mózgowych obu półkul mózgu, w szczelinach Sylwiusza. W topografii lewej tętnicy środkowej mózgu stwierdzono zwapnienie. Tkanki mózgowe prawidłowej gęstości bez zmian ogniskowych. Układ komorowy nieprzemieszczony, symetryczny, poszerzony, szerokość komory III około 12 mm. Stwierdzono niewielką ilość krwi w lewej komorze bocznej w okolicy otworu Monro.

Dlatego neurolog I. S. zleciła badanie angio TK tętnic mózgowych celem uwidocznienia tętniaka jako źródła krwawienia. Badanie to wykazało istnienie tętniaka lewej tętnicy środkowej, skierowanego do góry o wymiarach 10x10x10 mm, ze zwapnieniem wielkości około 3 mm. Tętniak zlokalizowany był w miejscu pierwszego rozgałęzienia tej tętnicy, gałąź odchodziła od tętniaka i kierowała się w górę i do przodu. Tętniak posiadał dzióbkowatą wypustkę w części górnej, skierowaną w bok o wymiarach 4x2 mm.

Z uwagi na wynik badań lekarz I. S. konsultowała się z Kliniką (...) w K. jako ośrodkiem referencyjnym żeby ustalić termin leczenia operacyjnego T. K. (1).

P. Szpital (...) II w N. nie posiada oddziału neurochirurgicznego ani lekarza neurochirurga dlatego nie mógł przeprowadzić operacji.

Również okoliczne szpitale w N., Z. i S. nie posiadają takich oddziałów.

W wyniku konsultacji Kliniką (...) w K. ustalono, że warunkiem przyjęcia T. K. (1) jest uregulowanie układu krzepnięcia. Zalecono także konsultację kardiologiczną.

Układ krzepnięcia reguluje się przez podawanie pacjentowi witaminy K i osocza świeżo mrożonego.

W tym czasie, tj. w wyniku nadania z godziny 9:37 T. K. (1) miał wskaźnik (...) wynoszący 3,5.

Zadawalający mógłby być wskaźnik na poziomie 1,5.

(...) (ang. International Normalized Ratio, (...)) to międzynarodowy współczynnik znormalizowany – wystandaryzowany czasu protrombinowego określający szybkość krzepnięcia krwi. Norma (...) dla osób zdrowych, nie leczonych lekami przeciwkrzepliwymi wynosi od 0,9 do 1,3. U osób z wysokim ryzykiem wystąpienia zakrzepicy wskaźnik (...) wynosi od 2,5 do 3,5. Zarówno podwyższona wartość (...) jest niebezpieczne dla życia i może powodować krwotoki wewnętrzne, natomiast skrócenie czasu protrombinowego jest przyczyną powstania zagrażającym życiu zatorom wewnątrz żył, blokującym dopływ krwi do narządów wewnętrznych.

Żeby uregulować układ krzepnięcia T. K. (1) został przewieziony o godzinie 11:20 na Oddział Neurologiczny pozwanego szpitala.

Dowód: / zeznania świadka I. S. od 00:45:25, k. 151/2; skierowanie do szpitala z dnia 16 listopada 2012 roku, k. 85; historia choroby T. K. (1), k. 82; wywiad, k. 82/2; badanie przedmiotowe, k. 83; historia choroby – przyjęcie pacjenta, k. 84; badanie angio TK tętnic mózgowych, k. 86; badanie TK głowy bez kontrastu, k. 86; karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 16 listopada 2012 roku, k. 88; wynik badania (...) z godziny 9.37, k. 95; wyniki badań laboratoryjnych, k. 96; badanie grupy krwi, k. 97 /.

Z formularza oceny ryzyka przy przyjęciu na Oddział Neurologiczny pozwanego szpitala wynika, że T. K. (1) został zaliczony do najwyższej IV grupy ryzyka z uwagi między innymi na przebytą w przeszłości chorobę obturacyjną płuc ((...)), chorobę niedokrwienną serca, zaburzenia krzepnięcia krwi, wiek (85 lat) oraz nikotynizm.

Dowód: / formularz oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu do szpitala, k. 106 /.

Na Oddziale Neurologicznym pozwanego szpitala (...) był konsultowany internistycznie.

Badanie przeprowadzał lekarz R. D. specjalista chorób wewnętrznych.

T. K. (1) znajdował się wówczas w ograniczonym kontakcie.

Lekarz przeprowadzający badanie stwierdził brak przeciwwskazań internistyczno-kardiologicznych do leczenia neurochirurgicznego.

Od godziny 14:00 T. K. (1) na Oddziale Neurologicznym pozwanego szpitala był nadzorowany przez pełniącą dyżur lekarz K. S.. Decyzje konsultowała z ordynatorem oddziału lekarzem S. S. (2).

Odmrażanie osocza trwało około 30-40 minut.

Osocze było w przypadku T. K. (1) podawane wolniej niż standardowo z uwagi na jego obciążenia kardiologiczne.

Po podaniu osocza pobrano około 14:50 krew do badania na (...). Wynik uzyskano około 15:30.

W wyniku podania dwóch jednostek osocza i jednej ampułki witaminy K uzyskano w wyniku badania z godziny 14:50 wartość wskaźnika (...) na poziomie 1,82.

O godzinie 15:30 lekarz K. S. powiadomiła oddział ratunkowy, że T. K. (1) jest gotowy do transportu i od tej pory oczekiwał on na przewiezienie do K..

Dowód: / wynik konsultacji internistycznej z dnia 16 listopada 2012 roku, k. 87; karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 16 listopada 2012 roku, k. 88; wynik badania (...) z godziny 14.50, k. 95; historia piętnowania, k.

98; indywidualny plan opieki, k. 99; karta gorączkowa, k. 101; karta zleceń lekarskich, k. 102-103; zeznania świadka K. Z. – S. od 01:39:25, k. 153; zeznania świadka S. S. (2) od 01:22:03, k. 152/2 /.

Około godziny 16:30 nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego neurologicznego T. K. (1), tak iż odczuwał on ból głowy, był zdezorientowany częściowo auto i allopsychicznie, nastąpiła sztywność karku na dwa palce, obecne były objawy oponowe.

Podano mu leki przeciwozrękowe, przeciwbólowe, płyny infuzyjne.

O godzinie 16:50 T. K. (1) został przekazany zespołowi karetki transportowej celem przewiezienia do K. N. U. w K. do dalszego leczenia i wypisany z Oddziału Neurologii pozwanego szpitala.

Kartę wypisową podpisał ordynator lekarz neurolog S. S. (2).

Z T. K. (1) w karetce transportowej jechał lekarz L. K. (1).

Karetka transportowa jest karetką specjalistyczną wyposażoną w niezbędny sprzęt. Personel takiej karetki składa się z trzech osób: kierowcy, ratownika medycznego i lekarza.

Transport T. K. (1) do K. odbył się bez przeszkód. Był on w stanie stabilnym, wydolnym krążeniowo i oddechowo.

Karetka transportowa poruszała się do K. jako pojazd uprzywilejowany używający sygnału świetlnego i dźwiękowego.

Transport trwał około godzinę.

T. K. (1) został przekazany lekarzowi dyżurnemu z oddziału Neurochirurgii Kliniki w K..

Następnie załoga karetki wróciła do N..

Dowód: / karta informacyjna leczenia szpitalnego z dnia 16 listopada 2012 roku, k. 88; obserwacje pielęgniarские, k. 107; wpisy lekarza K. Z. –S., k. 108; historia choroby – wypis, k. 109-110; zeznania świadka K. Z. – S. od 01:39:25, k. 153; zeznania świadka S. S. (2) od 01:22:03, k. 152/2; dowód zeznania świadka L. K. (1) od 01:51:05, k. 153; zeznania świadka J. I. od 00:10:30, k. 150/2-151; zeznania świadka B. M. od 01:59:29, k. 153/2-154 /.

Z uwagi na zaistniały w dniu 16 listopada 2012 roku u T. K. (1) krwotok podpajęczynówkowy niewskazany był jego transport drogą lotniczą. Przy transporcie lotniczym z uwagi na różnicę ciśnień może nastąpić dodatkowy nawrót krwotoczny.

Dowód: / zeznania świadka B. K. (1) od 01:03:12, k. 152; zeznania świadka M. L. od 01:16:16, k. 152/2;

W Klinice (...) w K. T. K. (1) około 5 godzin oczekiwał na operację.

Operację przeprowadzono około godziny 23.00.

Następnie po operacji T. K. (1) przez około 6 tygodni znajdował się w stanie śpiączki i zmarł w dniu 27 grudnia 2012 roku.

Dowód: / zeznania świadka B. K. (1) od 01:03:12, k. 152; karta informacyjna z dnia 19 grudnia 2012 roku, k. 14 /.

Przeprowadzona w P. Szpitalu (...) II w N. procedura leczenia T. K. (1) była prawidłowa.

W pozwanym szpitalu pomoc T. K. (1) została udzielona bez zbędnej zwłoki. Tyle czasu zajmują wykonane pacjentowi procedury diagnostyczno – lecznicze.

Nie można zarzucić personelowi Szpitala opieszałości w podejmowanych działaniach.

Nie było konieczności niezwłocznego transportu T. K. (1) do innego szpitala.

Po skonsultowaniu jego przypadku z dyżurnym Kliniki (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta od zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) podjęto właściwą decyzję o kontynuacji leczenia na miejscu. Pozwany szpital dysponował takimi możliwościami na Oddziale Neurologicznym czego dowodem było osiągnięcie żądanego wskaźnika (...) 1,82.

Próba normalizacji krzepnięcia krwi u T. K. (1) w jego stanie była konieczna przed planowanym zabiegiem. Próbę tę przeprowadzono prawidłowo. Świeżo mrożone osocze zostało podane prawidłowo. Zostało rozmrożone i we właściwym tempie transfuzji podane.

Pacjent obciążony kardiologicznie wymaga dłuższego podawania osocza.

W przypadku T. K. (1) zastosowano właściwy rodzaj transportu, karetką transportową z obsadą trzyosobową (kierowca, ratownik medyczny, lekarz) wyposażoną w standardzie karetki specjalistycznej.

Transport lotniczy w przypadku T. K. (1) był przeciwwskazany.

Po zdiagnozowaniu u T. K. (1) tętniaka i krwawienia podpajęczynówkowego istotny wpływ na rokowanie co do wyleczenia i przeżycia ze strony pacjenta miała jego przeszłość chorobowa, wiek, leczenie przeciwkrzepliwe, miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyn dolnych, niewydolność krążeniowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przebyta zatorowość płucna, przebyte nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, reanimacja oraz nikotynizm.

Postępowanie pozwanego szpitala nie spowodowało pogorszenia stanu zdrowia T. K. (1).

Pogorszenie stanu zdrowia T. K. (1) wynikało z przebiegu schorzenia zasadniczego, obciążenia stanu jego zdrowia przebytymi chorobami, niekontrolowanego leczenia lekiem przeciwkrzepliwym – Acenokumarolem. Wynikało też z jego wieku.

Dowód: / opinia (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku, k. 217-239 /.

(...) T. K. (1), tj. W. K., P. K. i A. K. (2) pismem z dnia 30 kwietnia 2013 roku złożyli zawiadomienie do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w K. o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego przez lekarzy pozwanego szpitala.

Sprawie nadano sygn. akt RO-0086/2013.

Postanowieniem z dnia 25 listopada 2013 roku Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności zawodowej umorzył postępowanie.

(...) T. K. (1) złożyli skargę do Okręgowego Sądu Lekarskiego w K..

Okręgowy Sąd Lekarski w K. postanowieniem z dnia 23 stycznia 2014 roku uchylił zaskarżone postanowienie i przekazał sprawę do dalszego prowadzenia przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Wydając takie rozstrzygnięcie OSL w K. uznał, że celowe jest dopuszczenie dowodu z opinii biegłego w zakresie medycyny ratunkowej na okoliczność zastosowania środka transportu u T. K. (1) z wykorzystaniem lotniczego pogotowia Ratunkowego.

Po zasięgnięciu opinii postanowieniem z dnia 15 kwietnia 2014 roku Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności zawodowej umorzył postępowanie wyjaśniające. Z opinii wynikało, że transport lotniczy w przypadku schorzenia T. K. (1) był niemożliwy.

Synowie T. K. (1) również na to postanowienie złożyli w dniu 22 kwietnia 2014 roku skargę do Okręgowego Sądu Lekarskiego w K..

Okręgowy Sąd Lekarski w K. postanowieniem z dnia 15 kwietnia 2014 roku utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego uznając, iż w pozwanym szpitalu nie doszło do przewinienia zawodowego.

Dowód: / pismo z dnia 30 kwietnia 2013 roku, k. 29; pismo z dnia 17 czerwca 2013 roku, k. 30-33; pismo z 15 października 2013 roku, k. 33; pismo z 18 listopada 2013 roku, k. 34; pismo z 25 listopada 2013 roku do Ministra Zdrowia, k. 35-36; skarga z dnia 02 grudnia 2013 roku, k. 37-39; postanowienie Okręgowego Sądu Lekarskiego z dnia 23 stycznia 2014 roku, k. 40 – 41; postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w K. z dnia 15 kwietnia 2014 roku, k. 42-47; skarga z dnia 22 kwietnia 2014 roku, k. 48-49; postanowienie Okręgowego Sądu Lekarskiego z dnia 15 października 2014 roku, k. 50-52 /.

Synowie T. K. (1), tj. W. K., P. K. i A. K. (2) pismem z dnia 07 stycznia 2015 roku złożyli zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej K.(...) w K. o możliwości popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 155 k.k. i wnieśli o wszczęcie postępowania przygotowawczego.

Postanowieniem z dnia 27 kwietnia 2015 roku Prokurator Rejonowy w Muszynie w sprawie do sygn. akt. Ds.298/15/ Sp z zawiadomienia tego wszczął śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania w dniu 27 grudnia 2012 roku w K. śmierci T. K. (1) poprzez niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, a zwłaszcza nieuzasadnioną zwłokę w przewiezieniu go w dniu 16 listopada 2012 roku do Szpitala w K. przez lekarzy P. Szpitala (...) w N., tj. o przestępstwo z art. 155 k.k. i ew. inne oraz powierzył śledztwo w całości Komendzie Powiatowej Policji w N..

W sprawie tej zasięgnięto opinii (...) im K. M. w P..

Postanowieniem z dnia 09 grudnia 2015 roku śledztwo zawieszono celem oczekiwania na opinię.

Z opinii z dnia 23 marca 2016 roku wynikało, iż postępowanie diagnostyczno terapeutyczne w Szpitalach w N. i w K. oraz postępowanie w ramach Pogotowia (...) było prawidłowe. Na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-leczniczego wobec T. K. (1) dochowano należytej staranności oraz wykazano się wysokim profesjonalizmem w kontekście postępowania medycznego.

Postanowieniem z dnia 17 sierpnia 2016 roku Prokurator Okręgowy w Nowym Sączu podjął zawieszony śledztwo w sprawie Ds. 298/15/ Sp. i śledztwo prowadzono odtąd pod sygn. PO I Ds. 110.2016.

Prokurator Okręgowy w Nowym Sączu postanowieniem z dnia 29 listopada 2016 roku zasięgnął dodatkowej opinii biegłego (...) w P..

Z opinii uzupełniającej wynikało, iż prawidłowe było postępowanie lekarza karetki pogotowia, która w dniu 16 listopada 2016 roku została wezwana na miejsce do T. K. (1). Postępowanie to nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Prawidłowe było postępowanie lekarzy (...) pozwanego szpitala. Wdrożono właściwą diagnostykę i zasadnie zdecydowano o skierowaniu T. K. (1) na Oddział Neurologii. Wartość (...) była przeciwwskazaniem do podjęcia interwencji operacyjnej w obrębie mózgowia. Z medycznego punktu widzenia obniżenie tego wskaźnika było korzystne dla pacjenta przed jego transportem medycznym, a działanie takie nie jest możliwe w warunkach transportu sanitarnego. Postępowanie lekarzy (...) nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Także postępowanie lekarzy oddziału neurologicznego pozwanego szpitala nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Zastosowany środek transportu T. K. (1) z N. do K. i skład Zespołu (...) był zgodny z obowiązującymi procedurami oraz odpowiedni do stanu zdrowia T. K. (1).

Nie zachodzi związek przyczynowy między opieką medyczną i leczeniem T. K. (1) a jego zgonem.

Postanowieniem z dnia 12 kwietnia 2017 roku Prokurator Okręgowy w Nowym Sączu umorzył śledztwo w sprawie nieumyślnego narażenia T. K. (1) przez lekarzy P. szpitala (...) im. J. P. II w N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne a zwłaszcza nieuzasadnioną zwłokę w przewiezieniu go do Oddziału Neurochirurgii i N. Szpitala (...) w K. następstwem czego w dniu 27 grudnia 2012 roku w K. nieumyślnie spowodowali jego śmierć, tj. o przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. pod sygn. PO I Ds. 110.2016 na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. wobec stwierdzenia, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego.

Postanowienie to jest prawomocne.

Dowód: / pismo z dnia 07 stycznia 2015 roku, k. 53-55; pismo prokuratora Okręgowego w Nowym Sączu z dnia 16 lutego 2018 roku, k. 263;

W aktach Ds. 298/15/Sp w szczególności: postanowienie o wszczęciu śledztwa z dnia 27 kwietnia 2015 roku, k. 20-21; postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii z dnia 09 grudnia 2015 roku, k. 143-145; postanowienie z dnia 09 grudnia 2015 roku, k. 140; opinia (...) w P. (...) z dnia 23 marca 2016 roku, k. 146-151; postanowienie z dnia 17 sierpnia 2016 roku, k. 169; postanowienie o dopuszczeniu dowodu z opinii z dnia 29 listopada 2016 roku, k. 276-279; opinia uzupełniająca z dnia 30 stycznia 2017 roku, k. 293-297; opinia uzupełniająca z dnia 09 marca 2017 roku, k. 298-299; postanowienie z dnia 12 kwietnia 2017 roku, k. 322-342 /.

T. K. (1) w dacie śmierci miał 85 lat.

Przed zdarzeniem z dnia 16 listopada 2012 roku mieszkał on wyłącznie z powódką, która zajmowała się domem.

Przez wiele lat T. K. (1) prowadził piekarnię, następnie sklep warzywny oraz sprzedawał na jarmarku warzywa i owoce. Swoją działalność prowadził do zdarzenia z dnia 16 listopada 2012 roku.

Zmarły prowadził także duże gospodarstwo rolne, posiadał konie, krowy i kury.

Po jego śmierci powódka nie była w stanie zająć się gospodarstwem, dlatego inwentarz żywy został wyprzedany.

T. K. (1) pobierał rentę w kwocie 1222,81 zł, a powódka emeryturę w kwocie 1319,59 zł.

Małżonkowie samodzielnie zaspokajali bieżące koszty swojego utrzymania.

T. K. (1) był dotychczas leczony z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego, niewydolności krążenia, (...), stanu po zatorowości płucnej, stanu po nagłym zatrzymaniu krążenia i oddychania ze skuteczną reanimacją i nikotynizmu.

T. K. (1) w ostatnich latach przed śmiercią nadal palił papierosy.

Dowód: / zeznania powódki A. K. (1) od 00:21:31 – k. 290; zeznania świadka W. K. od 02:12:15 – k. 154; zeznania świadka A. K. (2) od 02:34:39 – k. 154/2; zeznania świadka M. K. od 02:55:45 – k. 155; zeznania świadka B. K. (2) od 03:03:41 – k. 155; zeznania świadka Ł. K. od 03:12:42 – k. 155/2; decyzja o rencie T. K. (1) – k. 17-18 /.

A. K. (1) obecnie ma 88 lat, a jej emerytura wynosi 1337 złotych netto.

Z uwagi na śmierć męża powódka została pozbawiona wsparcia męża w codziennym życiu, a także możliwości czerpania z dochodów męża.

Powódka nie posiada oszczędności, ani biżuterii. Jej biżuteria została rozgrabiona przez osoby bliskie.

Od śmierci męża powódka mieszka sama w domu przy ul. (...) w N..

Powódka porusza się o lasce i generalnie w codziennych sprawach życiowych jest samodzielna.

Powódka potrafi sama przygotować sobie posiłek, oraz sama wykonuje czynności samoobsługi i toalety.

Dom opalany jest węglem a powódka sama pali w piecu, korzysta też do gotowania z gazu butlowego.

Ze swoich dochodów powódka na bieżąco ponosi wydatki na utrzymanie domu.

Aktualnie A. K. (1) chodzi jedynie do lekarza rodzinnego. Leczy się na nadciśnienie i stosuje maści na kręgosłup.

Nie konsultuje się już psychiatrycznie.

Doraźne wsparcie w zakresie opieki i żywności okazują powódce jedynie synowie, tj. W. K. i A. K. (2) mieszkający w N..

Dowód: / zeznania powódki A. K. (1) od 00:21:31 – k. 290; zeznania świadka W. K. od 02:12:15 – k. 154; zeznania świadka A. K. (2) od 02:34:39 – k. 154/2; zeznania świadka M. K. od 02:55:45 – k. 155; zeznania świadka B. K. (2) od 03:03:41 – k. 155; zeznania świadka Ł. K. od 03:12:42 – k. 155/2; potwierdzenia wypłaty emerytury – k. 15-16; rachunki pokrywane przez powódkę – k. 20-26; dokumentacja z leczenia A. K. (1) – k. 27 /.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów dołączonych do akt, których prawdziwość nie była kwestionowana przez strony i nie budziła wątpliwości Sądu, dokumentów z akt PO I Ds. 110.2016 (Ds. 298/15/Sp) Prokuratury Okręgowej w Nowym Sączu, zeznań świadków a także na podstawie dowodów z opinii biegłego instytutu i zeznań powódki.

Sporządzona w sprawie opinia (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239) była kompletna, fachowa i rzetelna, a przez to odpowiadała celowi, dla którego została przeprowadzona.

Nie odmawiając słuszności stanowisku, że ocena stanu prawnego należy do Sądu uznać należało, że dowód z opinii jest dowodem w pełni miarodajnym do czynienia istotnych okoliczności faktycznych – tj. ustalenia czy prowadzone przez pozwaną szpitala procedury medyczne względem T. K. (1) były prawidłowe.

Dowód z opinii biegłego ma charakter szczególny, ponieważ jego celem jest dostarczenie sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy. Dlatego nie można go zastąpić inną czynnością dowodową (np. przesłuchaniem świadka) czy zaniechać jego przeprowadzenia z powodu posiadania wiedzy specjalnej przez sędziego wchodzącego w skład sądu orzekającego. Jeżeli więc do miarodajnej oceny zasadności roszczenia niezbędne są wiadomości specjalne, to pominięcie wniosku strony o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego uzasadniałoby nawet zarzut naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. (tak: wyrok SN z dnia 29 listopada 2006 roku II CSK 245/06, publ. LEX nr 233063).

Dodać też trzeba, iż Sąd nie jest opinią biegłego związany i powinien ocenić ją jak każdy dowód, na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia skuteczności wyrażonych w niej wniosków, bez wkraczania jednakże w sferę wiedzy specjalistycznej (por. wyrok z dnia 15 listopada 2000 roku, IV CKN 1383/00, publ. LEX nr 52544; wyrok SN z dnia 7 kwietnia 2005 roku, II CK 572/04, publ. LEX nr 151656).

W świetle stanowiska judykatury zadaniem biegłego nie jest ustalenie stanu faktycznego sprawy, lecz naświetlenie i wyjaśnienie przez sąd okoliczności z punktu widzenia posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych przy

uwzględnieniu zebranego i udostępnionego biegłemu materiałowi sprawy (por. wyrok SN z dnia 11 lipca 1969 roku, I CR 140/69, publ. OSNC 1970/5/85; uzasadnienie wyroku SN z dnia 19 grudnia 2006 roku, V CSK 360/06, publ. LEX nr 238973).

Utrwalony jest też pogląd, że biegły jest źródłem informacji w zakresie wiedzy specjalistycznej i wypowiada się tylko w odniesieniu do okoliczności wchodzących w zakres jego wiadomości specjalnych, jednakże opinia biegłego może być również źródłem materiału faktycznego sprawy, jakkolwiek w ograniczonym zakresie a na jej podstawie możliwe jest dokonanie ustalenia tylko okoliczności będących przedmiotem wiedzy biegłego.

Dlatego Sąd na wniosek powódki zgłoszony w pozwie (k. 5) i strony pozwanej zgłoszony w odpowiedzi na pozew (k. 73) dopuścił dowód (k. 199) z opinii biegłego instytutu na okoliczność jak w tezie dowodowej.

Biegły instytut - (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239) w sposób jednoznaczny i stanowczy, wskazał, że całkowicie nie akceptowalne jest stwierdzenie, iż postępowanie strony pozwanej przyczyniło się w jakikolwiek sposób do powstania następstw w postaci śmierci T. K. (1).

Sąd podziela wnioski opinii, że przeprowadzona w P. Szpitalu (...) II w N. procedura leczenia T. K. (1) była prawidłowa.

W pozwanym szpitalu pomoc T. K. (1) została udzielona bez zbędnej zwłoki. Tyle bowiem czasu zajmują wykonane pacjentowi procedury diagnostyczno – lecznicze. Nie można zatem zarzucić personelowi Szpitala opieszałości w podejmowanych działaniach.

W ocenie Sądu podzielając wnioski opinii należy podkreślić, iż nie było konieczności niezwłocznego transportu T. K. (1) do innego szpitala.

Po skonsultowaniu jego przypadku z dyżurnym Kliniki (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta od zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) podjęto właściwą decyzję o kontynuacji leczenia na miejscu. Pozwany szpital dysponował zaś takimi możliwościami na Oddziale Neurologicznym czego dowodem było osiągnięcie żądanego wskaźnika (...) 1,82.

Próba normalizacji krzepnięcia krwi u T. K. (1) w jego stanie była konieczna przed planowanym zabiegiem. Próbę tę przeprowadzono prawidłowo.

W opinii biegłych świeżo mrożone osocze zostało podane T. K. (1) prawidłowo. Zostało rozmrożone i we właściwym tempie transfuzji podane.

T. K. (1) jako pacjent obciążony kardiologicznie wymagał dłuższego podawania osocza.

W przypadku T. K. (1) zastosowano także właściwy rodzaj transportu z pozwanego szpitala do Kliniki (...) w K. karetką transportową z obsadą trzyosobową (kierowca, ratownik medyczny, lekarz) wyposażoną w standardzie karetki specjalistycznej.

Sąd podziela przy tym wnioski opinii, iż transport lotniczy w przypadku T. K. (1) był przeciwwskazany z uwagi na różnice ciśnień i możliwość nawrotu krwawienia.

Z kolei po zdiagnozowaniu u T. K. (1) tętniaka i krwawienia podpajęczynówkowego istotny wpływ na rokowanie co do wyleczenia i przeżycia ze strony pacjenta miała również jego przeszłość chorobowa, wiek, leczenie przeciwkrzepliwie, miażdżycy, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyn dolnych, niewydolność krążeniowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przebyta zatorowość płucna, przebyte nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, reanimacja oraz nikotynizm.

Ostatecznie zatem postępowanie pozwanego szpitala nie spowodowało pogorszenia stanu zdrowia T. K. (1).

Pogorszenie stanu zdrowia T. K. (1) wynikało z przebiegu schorzenia zasadniczego, obciążenia stanu jego zdrowia przebytymi chorobami jak też z jego wieku.

Powyższe wnioski jako przekonujące i jednoznaczne zostały przez Sąd podzielone w całości oraz stanowiły podstawę ustaleń i rozstrzygnięcia w sprawie.

Diagnostyka i leczenie powoda w związku ze zdarzeniem z dnia 16 listopada 2012 roku były w pełni prawidłowe i nacechowane oczekiwaną starannością. Obserwowany później, tj. po przewiezieniu T. K. (1) do K. stan kliniczny był wyłącznym następstwem ciężkiego wyjściowego stanu klinicznego po urazie jakiego doznał on w dniu 16 listopada 2012 roku.

Nie został popełniony przez lekarzy pozwanego szpitala jakiegokolwiek błąd w diagnozowaniu i leczeniu T. K. (1) na którymkolwiek z etapów leczenia. Stan T. K. (1) w związku z krytycznym wypadkiem był ciężki.

Strona pozwana do opinii z dnia 13 listopada 2017 roku nie złożyła zarzutów.

Powódka także nie kwestionowała opinii a w piśmie procesowym z dnia 16 stycznia 2018 roku (k. 252-254) domagała się jedynie ponownego przesłuchania lekarzy ze Szpitala (...) w K., tj. B. K. (1) i M. L. i lekarza z pozwanego szpitala – (...) celem ustalenie czy zaburzenia krzepliwości krwi i potrzeba uregulowania wskaźnika (...) były czynnikiem decydującym o odmowie przyjęcia T. K. (1) na Oddział Neurochirurgii Szpitala (...) w K..

Miało to związek z postawionym w opinii pytaniem (ad. k – k. 238-239) dlaczego lekarz dyżurny Kliniki (...) w K. z którym konsultowała się lekarz I. S. zdecydował o podjęciu normalizacji układu krzepnięcia w Szpitalu w N. a nie zgodził się na przyjęcie pacjenta wcześniej do Kliniki w K. i stabilizowanie go na miejscu przed planowaną obserwacją.

Sąd na wniosek powódki dopuścił (k. 273 od 00:04:32) dowód z zeznań ww. świadków na okoliczność jak w tezie dowodowej z jej pisma z dnia 16 stycznia 2018 roku.

Świadkowie M. L. (k. 273/2 od 00:17:02) i B. K. (1) (k. 289 od 00:01:40) ponownie przesłuchani przed Sądem okoliczności związanych z konsultacją przez lekarza I. S. przypadku T. K. (1) z Kliniką (...) w K. w ogóle już nie pamiętali.

Podobnie M. L. (k. 152/2 od 01:14:49) i B. K. (1) (k. 152 od 01:03:12) zeznawali przy ich pierwszym przesłuchaniu w dniu 15 września 2016 roku. Nie pamiętali oni w ogóle pacjenta T. K. (1) ani dokumentacji medycznej z nim związanej. Ich wiedza ogólna odnosząca się do reguł postępowania z pacjentem o takich obrażeniach jak T. K. (1) zgodna zaś była z tym co wynika z opinii instytutu - (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239).

Świadek B. K. (1) przy ponownym przesłuchaniu (k. 289 od 00:01:40) przyznał jedynie że wskaźnik (...) na poziomie 3,5 był niewskazany do jakiegokolwiek ingerencji chirurgicznej.

Dlatego ostatecznie w ocenie Sądu zaburzenia krzepliwości krwi jakie występowały u T. K. (2) w dniu 16 listopada 2012 roku i potrzeba uregulowania wskaźnika (...) wynoszącego wówczas 3,5 (po godzinie 9 rano) i tak dyskwalifikowały go do przeprowadzenia operacji i to nawet w przypadku bezpośredniego przewiezienia Oddział Neurochirurgii Szpitala (...) w K..

Na podstawie uzupełniających zeznań świadka I. S. (k. 273/2 od 00:05:34), która konsultowała się z Kliniką w K. można teoretycznie założyć, że gdyby nie odmowa przyjęcia T. K. (1) na Oddział Neurochirurgii Szpitala (...) w K., to jego wcześniejszy transport byłby możliwy.

Sąd podziela przy tym pogląd opinii instytutu - (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku, iż normalizacja układu krzepnięcia nie mogła odbyć się w czasie transportu pacjenta.

Stąd nawet na wypadek wcześniejszego przewiezienia T. K. (1) do K. zachodziłaby i tak potrzeba normalizacji układu krążenia co w praktyce wykluczałoby wcześniejszą operację.

Powtórzyć trzeba, iż istotny wpływ na rokowanie co do wyleczenia i przeżycia ze strony T. K. (1) miała jego przeszłość chorobowa, wiek, leczenie przeciwkrzepliwe, miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, żyłaki kończyn dolnych, niewydolność krążeniowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przebyta zatorowość płucna, przebyte nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, reanimacja oraz nikotynizm.

Zatem sama tylko okoliczność czy potrzeba normalizacji wskaźnika (...) była czynnikiem decydującym o odmowie wcześniejszego przyjęcia T. K. (1) na Oddział Neurochirurgii Szpitala (...) w K. nie ma w kontekście odpowiedzialności strony pozwanej istotnego znaczenia, gdyż pozwany szpital przeprowadził właściwe i prawidłowe procedury medyczne.

Transport T. K. (1) do K. odbył się karetką transportową w standardzie karetki specjalistycznej składającej się z kierowcy, ratownika medycznego i lekarza. Taki wniosek wynika wprost z zeznań świadka L. K. (1) (k. 153 od 01:51:05).

Był to transport właściwy z punktu widzenia przepisów ustawy z dnia 08 września 2016 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2017 rok poz. 2195) i adekwatny z uwagi na stan zdrowia T. K. (1).

Sąd podziela wniosek opinii, iż transport lotniczy w przypadku T. K. (1) był przeciwwskazany.

Zresztą z uwagi na odległość między N. a K. transport lotniczy nie skrócił by czasu przewiezienia pacjenta T. K. (1) do wyspecjalizowanego szpitala w K.. Taką wiedzę posiadał świadek B. K. (1) (k. 289 od 00:01:40).

Dlatego Sąd oddalił (k. 289/2 od 00:16:34) wniosek powódki z dnia 26 marca 2018 roku (k. 283-285) o ponowne przesłuchanie świadków I. S., J. I., K. S., L. K. (1), S. S. (2), gdyż okoliczności na jakie świadkowie mieli być przesłuchani zostały już dostatecznie wyjaśnione podczas ich przesłuchania w dniu 15 września 2016 roku.

Podobnie Sąd pominął (k. 289/2 od 00:16:34) dowód z wywiadu z dyrekcją pozwanego szpitala na okoliczność ustalenia czy podczas transportu T. K. (1) był obecny lekarz, gdyż okoliczność ta wynika wprost z zeznań świadka L. K. (1).

Na marginesie dodać trzeba, że po rozprawie z dnia 12 kwietnia 2018 roku pismo takie zostało złożone, a z karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego wprost wskazuje na obecność w karetce lekarza L. K. (1).

Wnioski opinii (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239) zgodne są z wnioskami opinii (...) w P. (...) z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151), z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299) sporządzanych w sprawie PO I Ds. 110.2016 Prokuratury Okręgowej w Nowym Sączu.

Opinie w postępowaniu przygotowawczym były sporządzane niezależnie od opinii zleconej w niniejszej sprawie, a biegli (...) w B. nie sugerowali się wnioskami biegłych (...) w P..

Podsumowując jeszcze raz podkreślić trzeba na podstawie tych wszystkich opinii, iż postępowanie lekarzy pozwanego szpitala nie było ani bezprawne ani zawinione. Wszelkie czynności zostały podjęte w ramach ratujących życie i zdrowie procedur leczniczych.

T. K. (1) był zaś osobą obciążoną bo był dotychczas leczony z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego, niewydolności krążenia, (...), stanu po zatorowości płucnej, stanu po nagłym zatrzymaniu krążenia i oddychania ze skuteczną reanimacją i nikotynizmu.

W dniu 16 listopada 2012 roku trafił on na oddział ratunkowy pozwanego szpitala z objawami bólu głowy, nagłej utraty przytomności. Na Oddziale Ratunkowym wykonano badanie TK głowy, które wykazało obecność krwi w zbiornikach

podstawy, w rowkach mózgowych obu półkul mózgu oraz lewej komorze bocznej w okolicy otworu Monro. Wykonano następnie badanie angio TK tętnic mózgowych, które wykazało obecność tętniaka lewej tętnicy środkowej mózgu o wymiarach 10x10x10 mm. Dokonano konsultacji z doktorem K. z Kliniki (...) w K. i uzyskano informację, że wskaźnik (...) (na poziomie 3,5 przy przyjęciu) dyskwalifikuje pacjenta co do możliwości prowadzenia zabiegu operacyjnego i celowości transportu. Uzgodniono, że przyjęcie do Kliniki (...) w K. celem leczenia operacyjnego uzależnione będzie od normalizacji (...) i konsultacji kardiologicznej. Dlatego T. K. (1) przewieziono na Oddział Neurologiczny z Oddziałem Udarowym pozwanego szpitala celem uzyskania niezbędnej dla zabiegu operacyjnego homeostazy. Celem obniżenia wskaźnika (...) podano choremu ampułkę witaminy K i dwie jednostki osocza świeżo mrożonego i uzyskano obniżenie (...) do poziomu 1,8. Pacjent był konsultowany kardiologicznie i nie stwierdzono przeciwwskazań internistyczno-kardiologicznych do leczenia neurochirurgicznego. Przeprowadzono też pełną diagnostykę laboratoryjną. Około 16.30 nastąpiło pogorszenie stanu neurologicznego pacjenta, nasiliły się bóle głowy, wdrożono leczenie przeciwobrzękowe i przeciwbólowe. Około 16.45 pacjent został przekazany zespołowi karetki transportowej celem przewiezienia do Kliniki (...) w K., gdzie został operowany około 23.00.

Zatem w fazie przedszpitalnej, czyli od momentu zachorowania do przetransportowania T. K. (1) do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego działanie lekarza było prawidłowe. Pacjent z objawami udaru mózgu został przetransportowany do najbliższego SOR. Na SOR przeprowadzono diagnostykę adekwatną do stanu pacjenta (TK głowy, TK tętnic mózgowych). Po konsultacji z Kliniką (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta do zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) kontynuowano prawidłowe leczenie na oddziale Neurologii.

Wszystkie procedury diagnostyczne mają swoje wymagania czasowe. Także tempo podawania preparatów w postaci osocza świeżo mrożonego zależy od stanu pacjenta i jego dolegliwości. U człowieka obciążonego kardiologicznie, z zatorowością płucną, po zakrzepicy podanie leku zbyt szybko może spowodować obrzęk płuc i dekompensację krążeniowo-oddechową.

W ocenie Sądu zarzuty powódki zawarte w pozwie są nieskuteczne i nie osłabiają rzetelności opinii.

W świetle opinii biegłych subiektywne przekonanie powódki o słuszności swoich żądań i subiektywne przekonanie o wadliwości procesu leczenia T. K. (1) w pozwanym szpitalu również nie mają znaczenia.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela przy tym prezentowany w orzecznictwie pogląd, że samo niezadowolenie strony z niekorzystnej dla niej opinii biegłego samo z siebie nie uzasadnia dopuszczenia kolejnej opinii innego biegłego, w tym samym przedmiocie. Podkreślenia wymaga, iż to od uznania sądu zależy czy w sprawie istnieją wątpliwości, których opinia biegłego nie wyjaśniła, co prowadzić powinno do powołania kolejnego biegłego. Konieczność taka zajdzie w przypadku gdy sporządzona w sprawie opinia ze względu na swoje wady (niekompletność, niezupełność, sprzeczność) jest nieprzydatna dla ustalenia istotnych dla rozstrzygnięcia faktów. Zatem potrzeba powołania kolejnego biegłego powinna być podyktowana okolicznościami sprawy, stosownie do treści art. 286 k.p.c., a nie wynikać z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii (tak: wyrok SN z dnia 4 sierpnia 1999 roku, sygn. akt I PKN 20/99, publ. OSNAPiUS 2000, nr 22, poz. 807 wyrok SN z dnia 10 stycznia 2001 roku, sygn. akt II CKN 639/99, publ. LEX nr 53135; postanowienie SN z dnia 19 sierpnia 2009 roku, III CSK 7/09, publ. LEX nr 533130).

Dowód z opinii biegłego zgodnie z dyspozycją z art. 278 § 1 k.p.c. nie służy bowiem ustalaniu okoliczności faktycznych, lecz ocenie faktów (których wykazywanie zasadniczo spoczywa na stronach) przez pryzmat wiadomości specjalnych. Podstawowym celem opinii jest więc ułatwienie sądowi poczynienia oceny materiału dowodowego i twierdzeń stron, weryfikowania faktów i powiązań między nimi. Do dokonywania wszelkich ustaleń w procesie powołany jest zaś sąd, a nie biegły (tak: wyrok SN z dnia 20 stycznia 2015 roku, V CSK 254/14, publ. LEX nr 1652706).

Dowód z opinii biegłego nie służy też uzupełnianiu twierdzeń strony o faktach bądź do czynienia ustaleń w zakresie faktów możliwych do ustalenia na podstawie innych środków dowodowych (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 13 września 2012 roku, III AUa 519/11, publ. LEX nr 1220780).

Z tych wszystkich względów Sąd opinię (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239) podzielił.

Zeznania świadków I. N. (od 00:30:18, k. 151), I. S. (od 00:45:25, k. 151/2 i od 00:05:34, k. 273/2), K. S. (od 01:39:25, k. 153), S. S. (2) (od 01:22:03, k. 152/2), L. K. (1) (od 01:51:05, k. 153) i J. I. (od 0010:30, k. 150/2) zasługiwały na wiarę w całości. Świadkowie ci jako lekarze pozwanego szpitala opisali zgodnie z prawdą jakie procedury medyczne stosowano wobec T. K. (1) od momentu wezwania karetki do jego domu przy ul. (...) w N., w czasie badania na (...) pozwanego szpitala i na Oddziale N., aż do momentu jego przetransportowania do Kliniki (...) w K..

Zeznania te poparte są odpowiednimi wpisami w dokumentacji medycznej i historii choroby T. K. (1) (k. 82-117).

Świadek J. I. (od 0010:30, k. 150/2) jako zastępca dyrektora do spraw lecznictwa nie miał bezpośredniego wpływu na proces leczenia T. K. (1) w pozwanym szpitalu a swoją wiedzę czerpał z dokumentów, konsultacji z innymi lekarzami. Przyznał też, że synowie T. K. (2) z nim się kontaktowali w kwestii transportu do innego szpitala.

Zeznania te są pozbawione subiektywnych spostrzeżeń i są relacją obiektywnych faktów oraz poparte wiedzą specjalistyczną (medyczną) świadków.

Jako wiarygodne w znacznej części Sąd ocenił zeznania powódki A. K. (1) (od 00:19:39 k. 289/2–290) i świadków W. K. (od 02:12:15 – k. 154), A. K. (2) (od 02:34:39 – k. 154/2), M. K. (od 02:55:45 – k. 155), B. K. (2) (od 03:03:41 – k. 155) oraz Ł. K. (od 03:12:42 – k. 155/2) na okoliczność sytuacji rodzinnej i majątkowej powódki.

Na tej podstawie Sąd ustalił, iż A. K. (1) obecnie ma 88 lat, a jej emerytura wynosi 1337 złotych netto. Nie ulega wątpliwości, iż z uwagi na śmierć męża powódka została pozbawiona wsparcia męża w codziennym życiu, a także możliwości czerpania z dochodów męża. Bezsposornie od śmierci męża powódka mieszka sama w domu przy ul. (...) w N.. Powódka porusza się wprawdzie o lasce, ale generalnie w codziennych sprawach życiowych jest samodzielna. Potrafi sama przygotować sobie posiłek, oraz sama wykonuje czynności samoobsługi i toalety. Powódka mimo wieku sama pali w piecu CO, korzysta też do gotowania z gazu butlowego. Ze swoich dochodów powódka na bieżąco ponosi wydatki na utrzymanie domu. Aktualnie A. K. (1) chodzi jedynie do lekarza rodzinnego. Leczy się na nadciśnienie i stosuje maści na kręgosłup. Nie konsultuje się już psychiatrycznie. Doraźne wsparcie w zakresie opieki i żywności okazują powódce jedynie synowie, tj. W. K. i A. K. (2) mieszkający w N..

Wprawdzie świadkowie W. K. (od 02:12:15 – k. 154), A. K. (2) (od 02:34:39 – k. 154/2), M. K. (od 02:55:45 – k. 155), B. K. (2) (od 03:03:41 – k. 155) oraz Ł. K. (od 03:12:42 – k. 155/2) twierdzili, że skutki śmierci T. K. (1) dla powódki są daleko idące, ale zważyć należało, iż jako osoby najbliższe dla A. K. (1) mieli oni interes w tym, aby złożyć zeznania korzystne dla niej. W. K. i A. K. (2) to synowie powódki, zaś M. K., B. K. (2) i Ł. K. są wnukami powódki.

Zeznania świadków M. L. (k. 273/2 od 00:17:02 oraz k. 152/2 od 01:14:49) i B. K. (1) (k. 289 od 00:01:40 oraz k. 152 od 01:03:12) – lekarzy Kliniki (...) w K. z racji, o których była już mowa zasługiwały na wiarę częściowo o ile potwierdzają one ustalony stan faktyczny. Jak już wskazano świadkowie ci osoby T. K. (1) w ogóle już nie pamiętali, stąd ich wiedza na temat sposobów leczenia schorzenia występującego u T. K. (1) była bardzo ogólna i teoretyczna.

Zeznania świadka B. M. (k. 153/2-154 od 01:59:29) mają w sprawie marginalne znaczenie. W dacie zdarzenia z dnia 16 listopada 2012 roku świadek ten pracował w szpitalu powiatowym w Z.. Nie zetknął on się w ogóle z T. K. (1) a jedynie z dokumentacją z racji przejścia do pracy u strony pozwanej w 2013 roku. Posiadał on jedynie wiedze odnośnie procedur transportowych.

Bezspornie na podstawie art. 8 pkt 1 w zw. z art. 38 pkt 1 i art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz.168) lekarze i lekarze dentyści podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z postanowieniami kodeksu etyki lekarskiej.

Sąd Okręgowy orzekający w niniejszej sprawie wziął zatem także pod uwagę dołączoną do pozwu dokumentację (k. 28-52) z zawiadomienia A. K. (2), W. K. i P. K. – synów T. K. (1) w przedmiocie możliwości popełnienia przewinienia zawodowego przez lekarzy pozwanego szpitala.

Z treści prawomocnego orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w K., który postanowieniem z dnia 15 kwietnia 2014 roku (k. 50-52) utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej z dnia 15 kwietnia 2014 roku (k. 42-47) o umorzeniu postępowania wyjaśniającego uznając, wynika iż w pozwanym szpitalu nie doszło do przewinienia zawodowego.

Wprawdzie Sąd orzekający w niniejszej sprawie nie jest związany orzeczeniem sądu korporacyjnego w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza (por. przepisy ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich, Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.), jednakże - zdaniem Sądu Okręgowego - nie można nad tym faktem przejść obojętnie, bez wyciągnięcia odpowiednich wniosków w zakresie prawidłowości zachowania strony pozwanej.

Jeżeli bowiem osoby posiadające odpowiednią wiedzę do oceny prawidłowości zachowania lekarza stwierdziły w związku z leczeniem T. K. (1) brak obiektywnej sprzeczności tego zachowania z normami prawa powszechnie obowiązującymi i stwierdzenie to zostało dodatkowo wsparte wnioskami zawartymi w opiniach, to pogląd Sądu Okręgowego o braku bezprawności w działaniu lekarzy pozwanego szpitala należy uznać za słuszny.

Wskazać również trzeba – na podstawie dowodów zebranych w aktach Ds. 298/15/Sp - że synowie T. K. (1), tj. W. K., P. K. i A. K. (2) złożyli zawiadomienie do Prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 155 k.k. i wniesli o wszczęcie postępowania przygotowawczego.

Na podstawie dokumentów z akt Prokuratury Okręgowej w Nowym Sączu pod sygn. PO I Ds. 110.2016 (wcześniej sygn. akt. Ds.298/15/Sp) Sąd ustalił, iż postanowieniem z dnia 12 kwietnia 2017 roku Prokurator Okręgowy w Nowym Sączu umorzył na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. śledztwo w sprawie nieumyślnego narażenia T. K. (1) przez lekarzy P. Szpitala (...) II w N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne a zwłaszcza nieuzasadnioną zwłokę w przewiezieniu go do Oddziału Neurochirurgii i N. Szpitala (...) w K. następstwem czego w dniu 27 grudnia 2012 roku w K. nieumyślnie spowodowali jego śmierć , tj. o przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. wobec stwierdzenia, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego.

Postanowienie to jest prawomocne.

W sprawie tej – jak już wskazano wyżej - zasięgnięto opinii (...) im K. M. w P..

Z opinii z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151 akt. Ds.298/15/Sp) wynikało, iż postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w Szpitalach w N. i w K. oraz postępowanie w ramach Pogotowia (...) było prawidłowe. Na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-leczniczego wobec T. K. (1) dochowano należytej staranności oraz wykazano się wysokim profesjonalizmem w kontekście postępowania medycznego.

Z opinii uzupełniających z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299) wynikało, iż prawidłowe było postępowanie lekarza karetki pogotowia, która w dniu 16 listopada 2016 roku została wezwana na miejsce do T. K. (1). Postępowanie to nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało też związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Prawidłowe było postępowanie lekarzy (...) pozwanego szpitala. Wdrożono właściwą diagnostykę i zasadnie zdecydowano o skierowaniu T. K. (1) na Oddział Neurologii. Wartość (...) była przeciwwskazaniem do podjęcia interwencji operacyjnej w obrębie mózgowia. Z medycznego punktu widzenia obniżenie tego wskaźnika było korzystne dla pacjenta przed jego transportem medycznym, a działanie takie nie jest możliwe w warunkach transportu sanitarnego. Postępowanie lekarzy (...) nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Także postępowanie lekarzy oddziału neurologicznego pozwanego szpitala nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Wreszcie zastosowany środek transportu T. K. (1) z N. do K. i skład Zespołu (...) był zgodny z obowiązującymi procedurami oraz odpowiedni do stanu zdrowia T. K. (1).

Nie zachodzi zatem związek przyczynowy między opieką medyczną i leczeniem T. K. (1) w pozwanym szpitalu a jego zgonem.

Godzi się zauważyć w tym miejscu, iż podstawowym zadaniem sądu orzekającego, wyrażającym istotę sądenia jest rozstrzygnięcie kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 1996 roku, II CRN 173/95, publ. Lex nr 1635264).

Skuteczne przedstawienie zarzutu naruszenia przez sąd art. 233 k.p.c. wymaga wykazania, że sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania, lub doświadczenia życiowego, to bowiem jedynie może być przeciwstawione uprawnieniu sądu do dokonania swobodnej oceny dowodów. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (tak: orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, publ. OSNAPiUS 2000, Nr 19, poz. 732; z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, publ. OSNC 2000, Nr 10, poz. 189; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, publ. Lex nr 53136; z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, publ. Lex nr 56096).

Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych, i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2003 r., II CK 75/02). Na sądzie orzekającym ciąży obowiązek dokonania oceny wszechstronnej, w czym mieści się wymaganie rozważenia wszystkich dowodów mających znaczenie dla przedmiotu sprawy oraz kierowania się w ocenie regułami logiki i doświadczenia życiowego nakazującego uwzględniać wzajemne związki między poszczególnymi faktami (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2005 r., II CK 385/04).

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż zgodnie z art. 3 k.p.c. obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach, jednak ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy obciąża stronę, która z faktów tych wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.).

Artykuł 6 k.c. zawiera jedynie ogólną zasadę rozkładu ciężaru dowodu i określa reguły dowodzenia, nie stanowi natomiast samodzielnej podstawy rozstrzygnięcia, gdyż tę tworzy przepis prawa materialnego, który także konkretyzuje rozkład ciężaru dowodu. Ciężar dowodu w postępowaniu cywilnym z reguły spoczywa na powodzie. Zasadniczo powinien on dowieść wystąpienia faktów tworzących jego prawo podmiotowe będące źródłem roszczeń oraz faktów uzasadniających jego odpowiedź na zarzuty pozwanego, natomiast pozwany dowodzi faktów uzasadniających jego zarzuty przeciwko roszczeniu powoda - fakty tamujące oraz niweczące (wyroki SN: z dnia 20 grudnia 2006 r., IV CSK 299/06, LEX nr 233051; z dnia 29 września 2005 r., III CK 11/05, LEX nr 187030). Reguły

rozkładu ciężaru dowodu mają charakter gwarancyjny, wskazując stronę, która poniesie negatywne konsekwencje nieudowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia istotne znaczenie.

Zgodnie z dyspozycją art. 232 k.p.c. to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę.

Z art. 232 k.p.c. wynika zasada, że to strony, a nie sąd, powinny przedstawiać materiał pozwalający poczynić ustalenia faktyczne, z których wywodzą skutki prawne. Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik procesu (wyrok SN z dnia 7 października 1998 r., II UKN 244/98, OSNAPiUS 1999, nr 20, poz. 662), jak również nie jest jego rzeczą zarządzanie dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie, sąd nie jest też zobowiązany do przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (wyrok SN z dnia 17 grudnia 1996 r., I CKU 45/96, OSNC 1997, nr 6-7, poz. 76).

Nie jest więc rzeczą Sądu poszukiwanie za stroną dowodów przez nią niewskazanych, mających na celu udowodnienie jej twierdzeń (co wyraźnie podkreślił Sąd Najwyższy w wyroku z 17 grudnia 1996 roku, I CKU 45/96, publ. OSNC 1997/6-7/76).

Działanie Sądu z urzędu może prowadzić do naruszenia prawa do bezstronnego Sądu i odpowiadającego mu obowiązku przestrzegania zasady równego traktowania stron (art. 32 ust. 1 i art. 45 ust. 1 Konstytucji RP) – tak: wyrok SN z dnia 12 grudnia 2000 roku, V CKN 175/00 z aprobującą glosą W. B., publ. OSP 2001/7/8/116).

Działanie Sądu z urzędu powinno ograniczać się tylko do sytuacji szczególnych, gdy strona działa bez fachowego pełnomocnika i dodatkowo jest nieporadna (por. np. uchwałę SN z dnia 19 maja 2000 roku, III CZP 4/00, publ. OSNC 2000/11/195, postanowienie SN z dnia 28 września 1999 roku, II CKN 269/99, publ. Prokuratura i Prawo 2000, nr 2, poz. 27, wyrok SN z dnia 9 września 1998 roku, II UKN 192/98, publ. OSNAP 1999/17/556).

W okolicznościach niniejszej sprawy Sąd uznał zatem, iż nie ma podstawy do dopuszczenia dowodów z urzędu, gdyż strona pozwana działała przez profesjonalnego pełnomocnika procesowego, zaś powódka w swoich oświadczeniach procesowych składanych na piśmie działała z rozeznaniem. Treść pism powódki (k. 1-11, k. 122-128, k. 252-254, k. 276-278) wskazuje, że A. K. (1) argumentowała swoje stanowisko w sprawie i składała wnioski dowodowe oraz doskonale wiedziała jakie okoliczności podlegają dowodzeniu.

W ocenie Sądu brak podstaw do kwestionowania powyższych ustaleń

Sąd zważył co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uzasadnione.

Powódka wskazywała, że odpowiedzialność pozwanego P. Szpitala (...) II w N. wynika z art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Na wstępie wskazać trzeba, że Sąd orzekający w niniejszej sprawie nie podzielił zarzutu strony pozwanej zawartego w odpowiedzi na pozew, że roszczenia zgłoszone w pozwie są przedawnione na podstawie art. 442¹ § 1 k.c.

W ocenie Sądu skoro śmierć T. K. (1) nastąpiła w dniu 27 grudnia 2012 roku, to od tej daty należy liczyć 3 letni termin przedawnienia jako termin w którym poszkodowany (powódka) dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Datą początkową nie może być data zdarzenia, tj. 16 listopada 2013 roku kiedy to T. K. (1) doznał krwotoku.

Pozew w niniejszej sprawie A. K. (1) złożyła w dniu 22 grudnia 2015 roku (k. 1), czyli przed upływem terminu przedawnienia.

Mimo to powództwo nie jest zasadne z przyczyn podanych niżej.

Zgodnie z przepisem art. 430 k.c. 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.

Wspomniany przepis opiera się na odpowiedzialności zwierzchnika na zasadzie ryzyka - odpowiedzialność za skutek. Dla wykazania zasadności odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. konieczne jest wystąpienie następujących przesłanek:

- szkody wyrządzonej osobie trzeciej przez podwładnego,
- winy podwładnego oraz
- wyrządzenia szkody przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności, czyli wykazanie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem a powstałą szkodą.

Źródłem podporządkowania może być ustawa, umowa, a nawet stosunki faktyczne. Stosunkiem podporządkowania obejmuje się też działania zatrudnionych w zakładzie pracy fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji, np. w odniesieniu do działania lekarza w zakresie diagnozy i terapii (tak: wyrok SA we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012 roku I ACa 123/12, publ. LEX nr 1238466, wyrok SA w Lublinie z dnia 4 lipca 2013 roku I ACa 215/13, publ. LEX nr 1342293). Pomimo, iż w ramach zawartej umowy lekarz dysponuje znaczną samodzielnością w zakresie prowadzonego leczenia pacjentów, występuje w jego relacjach ze szpitalem pewien stosunek podporządkowania. To, że lekarz był fachowcem ze znacznym stopniem samodzielności, nie uwalnia szpitala od odpowiedzialności.

W wyroku z dnia 12 maja 1999 roku, II CKN 325/98, (niepubl.), gdzie stosunek podporządkowania opierał się na relacji pracownika i pracodawcy, Sąd Najwyższy uznał, że odpowiedzialność pracodawcy z art.430 k.c. nie jest wyłączona, jeżeli wyrządzający szkodę osobie trzeciej pracownik ma szeroki zakres samodzielności w powierzonych mu czynnościach pracowniczych. Natomiast w wyroku z dnia 18 sierpnia 2006 roku do sygn. I ACa 620/06, Sąd Apelacyjny w Katowicach uznał, że odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej opiera się właśnie na reżimie odpowiedzialności z art.430 k.c.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie poglądy te podziela.

Podkreślić trzeba, iż ciężar dowodu (art. 6 k.c.) winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (tak: wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, niepubl.).

Skoro zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez lekarza, to zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Obowiązkiem całego personelu medycznego (np. tego u strony pozwanej) jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta.

Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając, na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

Gdy osoba sprawcy szkody nie jest ustalona, lecz daje się określić z pewnością jako należąca do grona podwładnych danego zwierzchnika, wówczas mamy do czynienia z winą anonimową (beziemną). Badanie przesłanek odpowiedzialności ograniczone zostaje wówczas do ustalenia „winy” sprawcy, bez oceny strony psychicznej podwładnego (nieustalonego).

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, w ocenie Sądu, stwierdzić należy, iż powódka A. K. (1) nie wykazała przesłanek odpowiedzialności strony pozwanej z art. 430 k.c.

Po pierwsze powódka nie wykazała przesłanki winy.

Kodeks cywilny przyjmuje dualistyczną koncepcję winy, polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania – czyli każde zachowanie niezgodne bądź z przepisami prawa lub też, w stosunku do lekarza, naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub zachowanie sprzeczne z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej wyrażać się w niewiedzy lekarza, nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników szpitala. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej.

Przypisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 617) wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.

Jeżeli pacjent trafia na oddział szpitalny, obowiązkiem lekarza dyżurującego jest przeprowadzenie lub zlecenie stosownych badań. Gdyby zaś - ze względu na sytuację na oddziale, nawał pracy itp. - nie był w stanie tego dokonać, powinien skierować pacjenta na izbę przyjęć, SOR lub do innego oddziału, gdzie mogłyby zostać podjęte odpowiednie działania lecznicze (tak: postanowienie SN z dnia 04 października 2017 roku (...) 69/17, publ. LEX nr 2365170, G.Prawna (...)).

Reasumując do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci leczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego (tak: wyrok SN z dnia 10 lutego 2010 roku sygn. VCSK 287/09, publ. LEX nr 786561).

Naruszenie procedur medycznych świadczy o braku należytej staranności.

Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje rozstrój zdrowia, to zakład leczniczy odpowiada za doznaną przez powoda krzywdę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności, za które nie ponosi

odpowiedzialności (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 października 2013 roku I ACa 839/13, publ. orzeczenia.kraków.gov.pl)

Z poczynionych w sprawie ustaleń na podstawie opinii (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239), którą Sąd w całości podzielił wynika, że przeprowadzona w P. Szpitalu (...) II w N. procedura leczenia T. K. (1) w dniu 16 listopada 2012 roku była prawidłowa.

W pozwanym szpitalu pomoc T. K. (1) została udzielona bez zbędnej zwłoki. Tyle czasu zajmują wykonane pacjentowi procedury diagnostyczno – lecznicze.

Nie można zarzucić personelowi Szpitala opieszałości w podejmowanych działaniach.

Nie było konieczności niezwłocznego transportu T. K. (1) do innego szpitala.

Po skonsultowaniu jego przypadku z dyżurnym Kliniki (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta od zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) podjęto właściwą decyzję o kontynuacji leczenia na miejscu. Pozwany szpital dysponował takimi możliwościami na Oddziale Neurologicznym czego dowodem było osiągnięcie żądanego wskaźnika (...) 1,82.

Próba normalizacji krzepnięcia krwi u T. K. (1) w jego stanie była konieczna przed planowanym zabiegiem. Próbę tę przeprowadzono prawidłowo. Świeżo mrożone osocze zostało podane prawidłowo. Zostało rozmrożone i we właściwym tempie transfuzji podane.

Pacjent obciążony kardiologicznie wymaga dłuższego podawania osocza.

W przypadku T. K. (1) zastosowano też właściwy rodzaj transportu, karetką transportową z obsadą trzyosobową (kierowca, ratownik medyczny, lekarz) wyposażoną w standardzie karetki specjalistycznej.

Transport lotniczy w przypadku T. K. (1) był przeciwwskazany.

Po zdiagnozowaniu u T. K. (1) tętniaka i krwawienia podpajęczynówkowego istotny wpływ na rokowanie co do wyleczenia i przeżycia ze strony pacjenta miała jego przeszłość chorobowa, wiek, leczenie przeciwnadciśnieniowe, miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyn dolnych, niewydolność krążeniowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przebyta zatorowość płucna, przebyte nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, reanimacja oraz nikotynizm.

Postępowanie pozwanego szpitala nie spowodowało pogorszenia stanu zdrowia T. K. (1).

Pogorszenie stanu zdrowia T. K. (1) wynikało z przebiegu schorzenia zasadniczego, obciążenia stanu jego zdrowia przebytymi chorobami. Wynikało też z jego wieku.

Zgodnie z art. 4 powołanej wyżej ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, 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.

Obowiązek wykonywania zawodu lekarza zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej ma charakter fundamentalny. Podkreślany jest on również w innych aktach normatywnych. W myśl art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 roku poz. 186 z późn. zm.) pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Obowiązek działania zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy podkreślany jest również w ustawach regulujących inne zawody medyczne (np. art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej, tekst jedn.: Dz. U. z 2014 roku poz. 1435 z późn. zm.).

Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka.

Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej (tak: wyrok SA w Łodzi z dnia 04 maja 2017 roku I ACa 1396/16, publ. LEX nr 2335245; wyrok SN z dnia 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, publ. LEX nr 786561).

Przy ocenie przesłanki winy należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c., określającego próg wymaganej w obrocie staranności. Nie ulega wątpliwości, iż z uwagi na szczególnie charakter wykonywanego zawodu, personel placówki służby zdrowia zobowiązany jest do dołożenia maksymalnej staranności w stosowaniu procedur medycznych i stosowania wiedzy medycznej.

Jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania.

Orzecznictwo jest pod tym względem dawno ukształtowane, wymagając od lekarzy staranności, nazywanej wyższą od przeciętnej ogółu zobowiązanych, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, dotyczących człowieka i skutków, które często są nieodwracalne (tak: wyrok SA w Krakowie z dnia 9 marca 2001 roku I ACa 124/01, publ. PS 2002, nr 10, s. 130), jak też zachowania wysokiego poziomu etyki, wynikającej z daleko idących skutków pracy lekarzy (tak: orzeczenie SN z dnia 7 stycznia 1966 roku I CR 369/65, publ. OSP 1966, nr 12, poz. 278).

Stwierdza się też, że postępowanie lekarza w danej sytuacji należy oceniać z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili dokonywania zabiegu medycznego, a zwłaszcza tych danych, którymi lekarz dysponował albo mógł dysponować, mając na uwadze wymagania aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej (tak: wyrok SN z dnia 10 grudnia 2002 roku V KK 33/02, publ. LEX nr 75498).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie pogląd ten podziela.

Zatem w okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy warunkiem koniecznym do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej byłoby wadliwe wykonanie czynności leczniczych w pozwanym szpitalu.

Tymczasem jak wynika z przeprowadzonej w sprawie opinii (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239), której wnioski zgodne są z wnioskami opinii (...) w P. (...) z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151), z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299) sporządzanych w sprawie PO I Ds.

110.2016 Prokuratury Okręgowej w Nowym Sączu postępowanie lekarzy pozwanego szpitala nie było ani bezprawne ani zawinione. Wszelkie czynności zostały podjęte w ramach ratujących życie i zdrowie procedur leczniczych.

T. K. (1) był zaś osobą obciążoną bo był dotychczas leczony z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego, niewydolności krążenia, (...), stanu po zatorowości płucnej, stanu po nagłym zatrzymaniu krążenia i oddychania ze skuteczną reanimacją i nikotynizmu.

W dniu 16 listopada 2012 roku trafił on na oddział ratunkowy pozwanego szpitala z objawami bólu głowy, nagłej utraty przytomności. Na Oddziale Ratunkowym wykonano badanie TK głowy, które wykazało obecność krwi w zbiornikach podstawy, w rowkach mózgowych obu półkul mózgu oraz lewej komorze bocznej w okolicy otworu Monro. Wykonano następnie badanie angio TK tętnic mózgowych, które wykazało obecność tętniaka lewej tętnicy środkowej mózgu o wymiarach 10x10x10 mm. Dokonano konsultacji z doktorem K. z Kliniki (...) w K. i uzyskano informację, że wskaźnik (...) (na poziomie 3,5 przy przyjęciu) dyskwalifikuje pacjenta co do możliwości prowadzenia zabiegu operacyjnego i celowości transportu. Uzgodniono, że przyjęcie do Kliniki (...) w K. celem leczenia operacyjnego uzależnione będzie od normalizacji (...) i konsultacji kardiologicznej. Dlatego T. K. (1) przewieziono na Oddział Neurologiczny z Oddziałem Udarowym pozwanego szpitala celem uzyskania niezbędnej dla zabiegu operacyjnego homeostazy. Celem obniżenia wskaźnika (...) podano choremu ampulkę witaminy K i dwie jednostki osocza świeżo mrożonego i uzyskano obniżenie (...) do poziomu 1,8. Pacjent był konsultowany kardiologicznie i nie stwierdzono przeciwwskazań internistyczno-kardiologicznych do leczenia neurochirurgicznego. Przeprowadzono też pełną diagnostykę laboratoryjną. Około 16.30 nastąpiło pogorszenie stanu neurologicznego pacjenta, nasiliły się bóle głowy, wdrożono leczenie przeciwobrzękowe i przeciwbólowe. Około 16.45 pacjent został przekazany zespołowi karetki transportowej celem przewiezienia do Kliniki (...) w K., gdzie został operowany około 23.00.

Zatem w fazie przedszpitalnej, czyli od momentu zachorowania do przetransportowania T. K. (1) do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego działanie lekarza było prawidłowe. Pacjent z objawami udaru mózgu został przetransportowany do najbliższego (...). Na (...) przeprowadzono diagnostykę adekwatną do stanu pacjenta (TK głowy, TK tętnic mózgowych). Po konsultacji z Kliniką (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta do zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) kontynuowano prawidłowe leczenie na oddziale Neurologii.

Wszystkie procedury diagnostyczne mają swoje wymagania czasowe. Także tempo podawania preparatów w postaci osocza świeżo mrożonego zależy od stanu pacjenta i jego dolegliwości. U człowieka obciążonego kardiologicznie, z zatorowością płucną, po zakrzepicy podanie leku zbyt szybko może spowodować obrzęk płuc i dekompensację krążeniowo-oddechową.

Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Zatem interwencja lekarska powinna być podjęta we właściwym czasie i z taką intensywnością, by opisane niebezpieczeństwo nie nastąpiło. Niebezpieczeństwo następstw, o których mowa w art. 30 ustawy, nie musi być bezpośrednie. W przepisie tym wskazano jedynie na możliwość ich spowodowania przez zwłokę w udzieleniu pomocy lekarskiej, może to więc być niebezpieczeństwo pośrednie, dla powstania którego zwłoka w udzieleniu pomocy jest tylko jednym z elementów związku przyczynowego, występującego obok innych jeszcze elementów, z tym jednak, że zwłoka stanowi istotny element kauzalny (L. K.: "Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej" (...) oraz T. D.-N.: "Prawnokarne konsekwencje niepodjęcia interwencji lekarskiej..." P i M 2000/6-7/12).

Również takich okoliczności – że nastąpiła zwłoka - powódka nie wykazała (art. 6 k.c.).

Wskazywane opinie (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239), (...) w P. (...) z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151), z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299) także okoliczności zwłoki nie potwierdzają.

Lekarz ma wreszcie obowiązek wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Obowiązek ten występuje niezależnie od obowiązku przestrzegania przepisów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Przepisy prawa uzupełniają więc dodatkowe normy zawarte w kodeksach deontologicznych i zbiorach zasad etycznych. Obowiązek przestrzegania zasad etycznych wynika także z przepisów innych niż art. 4 ustawy o zawodach lekarza i zawdzie lekarza dentysty.

Przepis art. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz.168) stanowi o obowiązku przestrzegania zasad etyki lekarskiej równoległe z przepisami związanymi z wykonywaniem zawodu.

Z przepisu art. 53 ustawy o izbach lekarskich wynika, że członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej za zachowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej.

W Polsce uprawnienie do uchwalania (ustanawiania) zasad etyki lekarskiej przysługuje Krajowemu Zjazdowi Lekarskiemu (art. 5 pkt 1 w zw. z art. 38 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich).

Kodeks Etyki Lekarskiej (w skrócie: KEL) – uchwalony został uchwałą Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 roku z późniejszymi zmianami. Dokument ten ustanawia etyczne zasady postępowania lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce, określa priorytety, jakim winni się oni kierować w pracy zawodowej, wskazuje zasady, jakie winni brać pod uwagę w stosunkach z pacjentami, z innymi lekarzami oraz resztą społeczeństwa.

Na podstawie art. 8 pkt 1 w zw. z art. 38 pkt 1 i art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. z 2018 roku poz.168) lekarze i lekarze dentyści podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z postanowieniami KEL.

Sąd Okręgowy orzekający w niniejszej sprawie wziął zatem także pod uwagę treści prawomocnego orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w K., który postanowieniem z dnia 15 kwietnia 2014 roku (k. 50-52) utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej z dnia 15 kwietnia 2014 roku (k. 42-47) o umorzeniu postępowania wyjaśniającego uznając, iż w pozwanym szpitalu nie doszło do przewinienia zawodowego.

Wprawdzie Sąd orzekający w niniejszej sprawie nie jest związany orzeczeniem sądu korporacyjnego w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza (por. przepisy ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich, Dz. U. Nr 30, poz. 158 ze zm.), jednakże - zdaniem Sądu Okręgowego - nie można nad tym faktem przejść obojętnie, bez wyciągnięcia odpowiednich wniosków w zakresie prawidłowości zachowania strony pozwanej.

Jeżeli bowiem osoby posiadające odpowiednią wiedzę do oceny prawidłowości zachowania lekarza stwierdziły w związku z leczeniem T. K. (1) brak obiektywnej sprzeczności tego zachowania z normami prawa powszechnie obowiązującymi i stwierdzenie to zostało dodatkowo wsparte wnioskami zawartymi w opiniach, to pogląd Sądu Okręgowego o braku bezprawności w działaniu lekarzy pozwanego szpitala należy uznać za słuszny.

Wskazać również trzeba – na podstawie dowodów zebranych w aktach Ds. 298/15/Sp - że synowie T. K. (1), tj. W. K., P. K. i A. K. (2) złożyli zawiadomienie do Prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 155 k.k. i wnieśli o wszczęcie postępowania przygotowawczego.

Postanowieniem z dnia 27 kwietnia 2015 roku Prokurator Rejonowy w Muszynie w sprawie do sygn. akt. Ds.298/15/Sp z zawiadomienia tego wszczął śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania w dniu 27 grudnia 2012 roku w K. śmierci T. K. (1) poprzez niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, a zwłaszcza nieuzasadnioną zwłokę w przewiezieniu go w dniu 16 listopada 2012 roku do Szpitala w K. przez lekarzy P. Szpitala (...) w N., tj. o przestępstwo z art. 155 k.k. i ew. inne oraz powierzył śledztwo w całości Komendzie Powiatowej Policji w N.. W sprawie tej – jak już wskazano wyżej - zasięgnięto opinii (...) im K. M. w P..

Z opinii z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151 akt. Ds.298/15/Sp) wynikało, iż postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w Szpitalach w N. i w K. oraz postępowanie w ramach Pogotowia (...) było prawidłowe. Na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-leczniczego wobec T. K. (1) dochowano należytej staranności oraz wykazano się wysokim profesjonalizmem w kontekście postępowania medycznego.

Prokurator Okręgowy w Nowym Sączu postanowieniem z dnia 29 listopada 2016 roku w sprawie pod sygn. PO I Ds. 110.2016 zasięgnął dodatkowej opinii biegłego (...) w P..

Z opinii uzupełniających z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299) wynikało, iż prawidłowe było postępowanie lekarza karetki pogotowia, która w dniu 16 listopada 2016 roku została wezwana na miejsce do T. K. (1). Postępowanie to nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Prawidłowe było postępowanie lekarzy SOR pozwanego szpitala. Wdrożono właściwą diagnostykę i zasadnie zdecydowano o skierowaniu T. K. (1) na Oddział Neurologii. Wartość (...) była przeciwwskazaniem do podjęcia interwencji operacyjnej w obrębie mózgowia. Z medycznego punktu widzenia obniżenie tego wskaźnika było korzystne dla pacjenta przed jego transportem medycznym, a działanie takie nie jest możliwe w warunkach transportu sanitarnego. Postępowanie lekarzy SOR nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Także postępowanie lekarzy oddziału neurologicznego pozwanego szpitala nie pociągało za sobą ujemnych skutków dla zdrowia T. K. (1) co do sposobu dalszego jego leczenia, nie miało związku z jego zgonem, ani nie narażało go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Wreszcie zastosowany środek transportu T. K. (1) z N. do K. i skład Zespołu (...) był zgodny z obowiązującymi procedurami oraz odpowiedni do stanu zdrowia T. K. (1).

Nie zachodzi zatem związek przyczynowy między opieką medyczną i leczeniem T. K. (1) w pozwanym szpitalu a jego zgonem.

W tych okolicznościach postanowieniem z dnia 12 kwietnia 2017 roku Prokurator Okręgowy w Nowym Sączu umorzył śledztwo w sprawie nieumyślnego narażenia T. K. (1) przez lekarzy P. szpitala (...) im. J. P. II w N. na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne a zwłaszcza nieuzasadnioną zwłokę w przewiezieniu go do Oddziału Neurochirurgii i N. Szpitala (...) w K. następstwem czego w dniu 27 grudnia 2012 roku w K. nieumyślnie spowodowali jego śmierć , tj. o przestępstwo z art. 160 § 2 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. pod sygn. PO I Ds. 110.2016 na podstawie art. 17 § 1 pkt. 2 k.p.k. wobec stwierdzenia, że czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego.

Postanowienie to jest prawomocne.

Niezasadny jest także zarzut powódki A. K. (1) o naruszeniu art. 45 ustawy z dnia 08 września 2016 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2017 rok poz. 2195).

Zgodnie z art. 44 ust. 1 tej ustawy zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Jak wynika z zeznań świadka I. N. (od 00:30:18, k. 151) w dniu 16 listopada 2012 około godziny 9:00 do domu powódki wezwana została karetka pogotowia z uwagi na nagłe złe samopoczucie T. K. (1) i utratę przez niego przytomności. W zespole karetki uczestniczył faktycznie lekarz I. N., który z wywiadu uzyskał informację, że T. K. (1) w przeszłości

cierpiał na niewydolność kardiologiczną. I. N. przeprowadził badanie T. K. (1) i stwierdził, że reaguje on na ból. W skali (...) I. N. określił, iż T. K. (1) znajduje się w stanie ograniczonej poczytalności. Podejrzał u niego udar mózgu. Dlatego jako kierownik zespołu ratunkowego I. N. zdecydował o przewiezieniu T. K. (1) do najbliższego szpitala, tj. na Szpitalny Oddział Ratunkowy P. Szpitala (...) II w N. celem dalszej diagnostyki.

Odległość z domu powódki do szpitala wynosiła około 2-3 km. Karetka poruszała się jako pojazd uprzywilejowany. Stan pacjenta w transporcie się nie zmienił, nie był on intubowany i miał zachowane funkcje życiowe. Ratownik medyczny G. N. wykonał wkłucie obwodowe, zakładając kaniulę, tj. wenflon plastikowy w żyłę. Około godziny 9:20 T. K. (1) został przywieziony na Szpitalny Oddział Ratunkowy P. Szpitala (...) II w N..

W ocenie Sądu pacjent przyjęty w SOR powinien być hospitalizowany w przypadku, kiedy jego stan tego wymaga. W razie braku możliwości leczenia stacjonarnego w oddziałach szpitala, w którym zlokalizowany jest SOR szpital dokonuje zabezpieczenia medycznego pacjenta oraz (po uzgodnieniu przekazania pacjenta) organizuje transport do innego podmiotu leczniczego.

Zatem nie naruszono art. 33 i 45 ustawy z dnia 08 września 2016 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2017 rok poz. 2195).

Jak wynika z zeznań świadka I. S. (od 00:45:25, k. 151/2) oraz historia choroby T. K. (1) (k. 82-85) faktycznie w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym P. Szpitala (...) II w N. T. K. (1) został przekazany pełniącej wówczas na (...) dyżur lekarz neurolog I. S.. Przebywał tam około 2 godziny. Lekarz I. S. pobrała krew od pacjenta, przeprowadziła wywiad, zbadała jego stan neurologiczny i krążenie oraz zleciła badanie TK głowy. Wykonane zostały między godziną 9:59 a 10:29 badania laboratoryjne biochemiczne, hematologiczne i immunochemiczne. Badaniem z godziny 11:49 oznaczono grupę krwi T. K. (1) jako A (...)+. Z badania TK głowy bez kontrastu wynikało, iż nastąpił krwotok podpajęczynówkowy. Stwierdzono krew w zbiornikach podstawy, w rowkach mózgowych obu półkul mózgu, w szczelinach Sylwiusza. W topografii lewej tętnicy środkowej mózgu stwierdzono zwapnienie. Tkanki mózgowe prawidłowej gęstości bez zmian ogniskowych. Układ komorowy nieprzemieszczony, symetryczny, poszerzony, szerokość komory III około 12 mm. Stwierdzono niewielką ilość krwi w lewej komorze bocznej w okolicy otworu Monro. Dlatego neurolog I. S. zleciła badanie angio TK tętnic mózgowych celem uwidocznienia tętniaka jako źródła krwawienia. Badanie to wykazało istnienie tętniaka lewej tętnicy środkowej, skierowanego do góry o wymiarach 10x10x10 mm, ze zwapnieniem wielkości około 3 mm. Tętniak zlokalizowany był w miejscu pierwszego rozgałęzienia tej tętnicy, gałąź odchodziła od tętniaka i kierowała się w górę i do przodu. Tętniak posiadał dzióbkową wypustkę w części górnej, skierowaną w bok o wymiarach 4x2 mm.

Z uwagi na wynik badań lekarz I. S. konsultowała się z Kliniką (...) w K. jako ośrodkiem referencyjnym żeby ustalić termin leczenia operacyjnego T. K. (1).

P. Szpital (...) II w N. nie posiada bowiem oddziału neurochirurgicznego ani lekarza neurochirurga dlatego nie mógł przeprowadzić operacji. Również okoliczne szpitale w N., Z. i S. nie posiadają takich oddziałów.

W wyniku konsultacji Kliniką (...) w K. ustalono, że warunkiem przyjęcia T. K. (1) jest uregulowanie układu krzepnięcia. Zalecono także konsultację kardiologiczną. Układ krzepnięcia reguluje się przez podawanie pacjentowi witaminy K i osocza świeżo mrożonego.

W tym czasie, tj. w wyniku nadania z godziny 9:37 T. K. (1) miał wskaźnik (...) wynoszący 3,5.

Zadawalający mógłby być wskaźnik na poziomie 1,5.

INR (ang. International Normalized Ratio, (...)) to międzynarodowy współczynnik znormalizowany – wystandaryzowany czasu protrombinowego określający szybkość krzepnięcia krwi. Norma (...) dla osób zdrowych, nie leczonych lekami przeciwkrzepliwymi wynosi od 0,9 do 1,3. U osób z wysokim ryzykiem wystąpienia zakrzepicy wskaźnik (...) wynosi od 2,5 do 3,5. Zarówno podwyższona wartość (...) jest niebezpieczne dla życia i może powodować

krwotoki wewnętrzne, natomiast skrócenie czasu protrombinowego jest przyczyną powstania zagrażającym życiu zatorom wewnątrz żył, blokującym dopływ krwi do narządów wewnętrznych.

Żeby uregulować układ krzepnięcia T. K. (1) został przewieziony o godzinie 11:20 na Oddział Neurologiczny pozwanego szpitala.

Jak wynika z dokumentów (k. 87-103) oraz zeznań świadków K. Z. – S. (od 01:39:25, k. 153) i S. S. (2) (od 01:22:03, k. 152/2) na Oddziale Neurologicznym pozwanego szpitala (...) był konsultowany internistycznie. Badanie przeprowadzał lekarz R. D. specjalista chorób wewnętrznych.

T. K. (1) znajdował się wówczas w ograniczonym kontakcie.

Lekarz przeprowadzający badanie stwierdził brak przeciwwskazań internistyczno-kardiologicznych do leczenia neurochirurgicznego.

Od godziny 14:00 T. K. (1) na Oddziale Neurologicznym pozwanego szpitala był nadzorowany przez pełniącą dyżur lekarz K. S.. Decyzje konsultowała z ordynatorem oddziału lekarzem S. S. (2).

Odmrażanie osocza trwało około 30-40 minut.

Osocze było w przypadku T. K. (1) podawane wolniej niż standardowo z uwagi na jego obciążenia kardiologiczne.

Po podaniu osocza pobrano około 14:50 krew do badania na (...). Wynik uzyskano około 15:30.

W wyniku podania dwóch jednostek osocza i jednej ampułki witaminy K uzyskano w wyniku badania z godziny 14:50 wartość wskaźnika (...) na poziomie 1,82.

O godzinie 15:30 lekarz K. S. powiadomiła oddział ratunkowy, że T. K. (1) jest gotowy do transportu i od tej pory oczekiwał on na przewiezienie do K..

Podzielona przez Sąd orzekający w niniejszej sprawie opinia (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239), podobnie jak opinie (...) w P. (...) z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151), z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299) wskazują, że w pozwanym szpitalu pomoc T. K. (1) została udzielona bez zbędnej zwłoki. Tyle czasu zajmują wykonane pacjentowi procedury diagnostyczno – lecznicze.

Nie można przy tym zarzucić personelowi Szpitala opieszałości w podejmowanych działaniach.

Nie było też konieczności niezwłocznego transportu T. K. (1) do innego szpitala.

Po skonsultowaniu bowiem jego przypadku z dyżurnym Kliniki (...) w K. w związku z dyskwalifikacją pacjenta od zabiegu do czasu ustabilizowania układu krzepnięcia i uzyskania właściwego wskaźnika (...) podjęto właściwą decyzję o kontynuacji leczenia na miejscu. Pozwany szpital dysponował takimi możliwościami na Oddziale Neurologicznym czego dowodem było osiągnięcie żądanego wskaźnika (...) 1,82.

Próba normalizacji krzepnięcia krwi u T. K. (1) w jego stanie była konieczna przed planowanym zabiegiem. Próbę tę przeprowadzono prawidłowo. Świeżo mrożone osocze zostało podane prawidłowo. Zostało rozmrożone i we właściwym tempie transfuzji podane.

Pacjent obciążony kardiologicznie wymaga dłuższego podawania osocza.

Wskazać wreszcie trzeba, iż w przypadku T. K. (1) zastosowano właściwy rodzaj transportu z N. do K. - karetką transportową z obsadą trzyosobową (kierowca, ratownik medyczny, lekarz) wyposażoną w standardzie karetki specjalistycznej. W transporcie przy pacjencie był obecny lekarz L. K. (1).

Transport lotniczy w przypadku T. K. (1) był przeciwwskazany.

Zatem nie naruszono art. 36 ustawy z dnia 08 września 2016 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2017 rok poz. 2195).

Dlatego w ocenie Sądu nie zachodzi związek przyczynowy między pobytem T. K. (1) w pozwanym szpitalu, prowadzonymi w nim procedurami diagnostycznymi i leczniczymi a śmiercią pacjenta.

Związek między zachowaniem lekarza a szkodą musi być adekwatny, pozostawać w granicach normalnego powiązania kauzalnego (art. 361 § 1 k.c.), ale nie musi być bezpośredni.

W tzw. procesach medycznych, gdzie przedmiotem oceny są procedury medyczne, ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione (tak: wyrok SN z dnia 17 października 2007 roku, sygn. akt II CSK 285/07).

W wyroku z dnia 27 lutego 1996 roku, II CKN 625/97 Sąd Najwyższy stwierdził, że: "w procesach lekarskich sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód – ze względu na właściwości procesów biologicznych – często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Zatem, jeśli brak możliwości ścisłego udowodnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy zakażeniem a szkodą w postaci rozwoju choroby, będący wynikiem obecnego stanu wiedzy medycznej, winien zostać rozważony na płaszczyźnie art. 6 i art. 361 § 1 k.c.

W konsekwencji w przypadku szkód medycznych dopuszcza się stosowanie domniemań faktycznych w oparciu o art. 231 k.p.c., (por. wyrok SN z dnia 15 kwietnia 2005 roku, sygn. akt I CK 653/04, publ. LEX 369229; wyrok SA w Krakowie z dnia 9 lutego 2000 roku, sygn. akt I ACa 69/00, opubl. w: PiM 2002/11/124 z aprobuską głosem M. Nestorowicza opubl. w: PiM 2002/11/128).

By skorzystać jednak z instytucji tzw. dowodu prima facie opartego na konstrukcji domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) zwalniającej stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymagane jest wysokie prawdopodobieństwo istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste (tak: wyrok SN z dnia 2 czerwca 2010 roku III CSK 245/09, publ. LEX nr 611825).

W tych sprawach linia obrony strony przeciwnej polega głównie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podglądy te podziela.

Podkreślić trzeba, że po zdiagnozowaniu u T. K. (1) tętniaka i krwawienia podpajęczynówkowego istotny wpływ na rokowanie co do wyleczenia i przeżycia ze strony pacjenta miała jego przeszłość chorobowa, wiek, leczenie przeciwnie, miażdżycy, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyn dolnych, niewydolność krążeniowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przebyta zatorowość płucna, przebyte nagłe zatrzymanie krążenia i oddychania, reanimacja oraz nikotynizm.

Postępowanie pozwanego szpitala nie spowodowało zatem pogorszenia stanu zdrowia T. K. (1).

Pogorszenie stanu zdrowia T. K. (1) wynikało z przebiegu schorzenia zasadniczego, obciążenia stanu jego zdrowia przebytych chorobami oraz jego wieku.

Dlatego nie zachodzi związek przyczynowy między pobytem T. K. (1) w pozwanym szpitalu, prowadzonymi w nim procedurami diagnostycznymi i leczniczymi a śmiercią pacjenta.

Mając powyższe na uwadze należało uznać, że personel medyczny pozwanego szpitala nie ponosi także winy organizacyjnej (choćby w postaci niedbalstwa, czy nieostrożności),

Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym. Ta wina musi być - w ramach odpowiedzialności deliktowej – udowodniona (tak: wyrok SN z dnia 25 stycznia 2001 roku IV CKN 232/00, publ. LEX nr 52527).

Powódka twierdząc, że personel pozwanego szpitala w związku z pobytem T. K. (1) w szpitalu naruszył obowiązek staranności, obowiązana była zatem wykazać (art. 6 k.c.), że szkoda wyrządzona przez personel jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu mogłoby stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności. Nie wymaga dowodzenia, że podstawowym obowiązkiem zakładu leczniczego jest zapewnienie odpowiedniego standardu świadczonych usług, a oprócz umiejętności i biegłości zawodowej także troski o chorego i staranności. Wina organizacyjna zakładu leczniczego może przejawiać się w zaniedbaniach w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad chorym.

W ocenie Sądu powódka winy organizacyjnej pozwanego szpitala wykazała.

Powódka nie udowodniła także (art. 6 k.c.), aby stronie pozwanej można było przypisać inne jeszcze błędy w procesie medycznym skutkujące odpowiedzialnością pozwanego szpitala.

Powtórzyć trzeba, iż z punktu widzenia przeżycia T. K. (1) i jego dyskwalifikacją do natychmiastowej operacji neurochirurgicznej najważniejszym zadaniem lekarzy było stabilizowanie wskaźnika (...).

Powódka w niniejszej sprawie nie wykazała (art. 6 k.c.), aby został popełniony przez lekarzy pozwanego jakikolwiek błąd w jego diagnozowaniu i leczeniu na którymkolwiek z etapów leczenia.

Konsekwencją niewykazania przesłanki winy i szkody jest także niewykazanie przesłanki zaistnienia związku przyczynowego między nimi.

Wskazać należy, iż na podstawie art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Adekwatny związek przyczynowo – skutkowy na podstawie art. 6 k.c. podlega udowodnieniu przez poszkodowanego.

Nie wymaga się, aby związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. W orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 1946 roku przyjęto, że do pomyślenia jest związek przyczynowy między szkodą a zdarzeniem, jeżeli zdarzenie to pośrednio stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego lub nawet szeregu innych zdarzeń, z których ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody (PiP 1946, nr 7, s. 114). Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 czerwca 1976 roku, IV CR 193/76, (publ. OSPiKA 1977, z. 6, poz. 106).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie poglądy te podziela.

W świetle powoływanych już opinii (...) w B. (...) z dnia 13 listopada 2017 roku (k. 217-239), (...) w P. (...) z dnia 23 marca 2016 roku (k. 146-151), z dnia 30 stycznia 2017 roku (k. 293-297) i z dnia 09 marca 2017 roku (k. 298-299)

przyjąć należało, iż po przyjęciu T. K. (1) do pozwanego szpitala przeprowadzono w pełni prawidłową kompleksową diagnostykę i prawidłowo wyznaczono priorytety postępowania leczniczego.

Reasumując, skoro powódka A. K. (1) nie wykazała zasady odpowiedzialności pozwanego szpitala w niniejszej sprawie to powództwo należało w całości oddalić przy zastosowaniu art. 430 k.c.

Mając powyższe na względzie Sąd orzekł jak w pkt I sentencji wyroku.

co do odszkodowania zgłoszonego przez powódkę

Zgodnie z dyspozycją art. 446 § 3 k.c. w zw. z art. 446 § 1 k.c. Sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej.

A. K. (1) domagała się odszkodowania na tej podstawie w kwocie 40 000 złotych.

Celem odszkodowania jest zrekompensowanie szkód o charakterze majątkowym, w postaci niepomyślnych skutków ekonomicznych wynikłych ze śmierci osoby bliskiej dla poszkodowanych, które nie ulegają wyrównaniu na innych podstawach, z tym że zgodnie z powołanym przepisem wynagrodzone może być jedynie znaczne pogorszenie sytuacji życiowej.

Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej uprawnionego w rozumieniu art. 446 § 3 k.c. jest zależne od rozmiarów ujemnych następstw o charakterze majątkowym na podstawie zasad doświadczenia życiowego. Ocena w tym zakresie powinna być oparta na szczegółowej analizie sytuacji osoby uprawnionej z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mają wpływ na pogorszenie wywołane śmiercią osoby najbliższej.

Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej może przejawiać się w utracie wsparcia i pomocy w różnych sytuacjach życiowych, a zwłaszcza w utracie szansy na pomoc w przyszłości, gdy byłaby szczególnie pożądana z uwagi na wiek zmarłego (tak: wyrok SN z dnia 13 maja 1969 roku, II CR 128/69, OSP 1970, z. 6, poz. 122).

Ocena pogorszenia sytuacji w związku ze śmiercią osoby najbliższej powinna być prowadzona w oparciu o szczegółową analizę położenia, w jakim znajduje się osoba uprawniona, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mają wpływ na jej warunki (trudności) życiowe, wiek, stopień samodzielności życiowej, stosunki rodzinne i majątkowe, warunki wychowawcze oraz przeprowadzenie porównania z sytuacją, w jakiej znalazłby się uprawniony, gdyby nie śmierć osoby bliskiej (tak: wyrok SN z dnia 11 lipca 2012 roku, sygn. akt II CSK 677/11, opubl. LEX nr 1228438).

Odszkodowanie z art. 446 § 3 k.c. jest zasadne jedynie wówczas, gdy te trudne do uchwycenia uszczerbki mają wpływ na ogólnie pojmowaną sytuację życiową poszkodowanego. Niewątpliwie bowiem powyższe odszkodowanie nie może być przyznane za same tylko cierpienia moralne doznane z powodu śmierci osoby najbliższej, temu bowiem celowi służy zasadniczo regulacja prawna z art. 446 § 4 k.c. (tak: wyrok SA w Łodzi z dnia 16 listopada 2016 roku I ACA 354/16 publ. LEX 2200339).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela pogląd, iż artykuł 446 § 3 k.c. mówi o odszkodowaniu "stosownym", a nie "należnym", co oznacza, że nie ma obowiązku ustalania wszelkich szkód powstałych w związku ze śmiercią najbliższego członka rodziny.

Ocena pogorszenia sytuacji życiowej i stopnia jego rozległości w znaczeniu sfer życia, których dotknęło, powinna być prowadzona w oparciu o szczegółową analizę położenia, w jakim znajduje się osoba uprawniona z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, które mają wpływ na jej warunki życiowe.

Pogorszenie sytuacji życiowej o jakiej mowa w art. 446 § 3 k.c. polega nie tylko na pogorszeniu obecnej sytuacji materialnej, ale obejmuje także przyszłe szkody majątkowe, często nieuchwytnie lub trudne do obliczenia, niemniej prowadzące do znacznego pogorszenia sytuacji życiowej osoby najbliższej. Sytuacja życiowa w rozumieniu tego przepisu, to ogół czynników, składających się na położenie życiowe jednostki, to także trudne do wyliczenia wartości

ekonomiczne. Trzeba jednak stanowczo podkreślić, że sam ból, poczucie osamotnienia, krzywdy i zawiedzionych nadziei po śmierci osoby bliskiej nie stanowią podstawy do żądania odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c. odszkodowanie może zostać zasądzone dopiero wówczas, gdy te negatywne emocje wywołały osłabienie aktywności życiowej i motywacji do przezwycięzania trudności dnia codziennego (tak: wyrok SA w Krakowie z dnia 15 czerwca 2016 roku I A Ca 327/16, publ. LEX nr 2075743).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela także pogląd, iż zakresem odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c. nie jest objęta pełna kompensata całej szkody majątkowej spowodowanej tą śmiercią i z pewnością nie obejmuje tych uszczerbków, które podlegają naprawieniu na podstawie art. 446 § 1 i 2 k.c. W tym aspekcie okoliczności dotyczące utraconych świadczeń alimentacyjnych nie mieszczą się w dyspozycji ocenianego przepisu i fakt, czy za życia zmarły osiągał i w jakiej wysokości dochód jest w tym znaczeniu nieistotny i nie ma bezpośredniego wpływu na ustalenie wysokości odszkodowania.

Okoliczność ta ma znaczenie dla ustalenia natomiast poziomu pewnego potencjału gospodarczego osoby bliskiej powódce a nade wszystko możliwości poświęcania rodzinie czasu w zaspakajaniu jej potrzeb (tak: wyrok SA w Krakowie z dnia 4 listopada 2016 roku I A Ca 612/16, publ. LEX nr 2202741).

W niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że na skutek śmierci T. K. (1) powódka utraciła najbliższą jej osobę - męża.

Śmierć ta z pewnością skutkowałą pogorszeniem jej sytuacji życiowej jednak nie miała wpływu na pogorszenie sytuacji materialnej, bo A. K. (1) zaspokajała dotąd swoje potrzeby i czyni to z powodzeniem również po śmierci męża. Jest ona przy tym nadal pomimo wieku (88 lat) osobą samodzielną, mieszka sama i nie wymaga pomocy osób trzecich.

Stąd nawet gdyby w grę wchodziła odpowiedzialność strony pozwanej z art. 430 k.c., to żądanie A. K. (1) o odszkodowanie jako niezasadne podlegałoby oddaleniu.

Co do zadośćuczynienia

Zgodnie z art. 446 § 4 k.c. w związku z art. 446 § 1 k.c. jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego Sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Należy przyjąć, że dyspozycja omawianych przepisów obejmuje małżonka i dzieci zmarłej, gdyż istniała silna i pozytywna więź emocjonalna pomiędzy dochodzącym tego roszczenia a zmarłą W. O. (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 roku, III CSK 279/10, publ. OSP 2012/4/44). Powód J. O. jako mąż W. O. i pozostali powódowie jako małoletnie dzieci W. O. mieszkali razem przed jej śmiercią i tworzyli wielodzietną rodzinę.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela pogląd, iż celem zadośćuczynienia z art. 446 § 4 k.c. jest zrekompensowanie krzywdy za naruszenie prawa do życia w rodzinie i ból spowodowany utratą najbliższej osoby oraz pomoc w dostosowaniu się do zmienionej, w związku ze śmiercią osoby bliskiej, sytuacji (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2012 roku, IV CSK 416/11).

Zadośćuczynienie przewidziane w art. 446 § 4 k.c. nie jest zaś zależne od pogorszenia sytuacji materialnej osoby uprawnionej i poniesienia szkody majątkowej.

Zadośćuczynienie to jest odzwierciedleniem w formie pieniężnej rozmiaru krzywdy, która nie zależy też od statusu materialnego pokrzywdzonego. Jedynie rozmiar zadośćuczynienia może być odnoszony do stopy życiowej społeczeństwa, która pośrednio może rzutować na jego umiarkowany wymiar i to w zasadzie bez względu na status społeczny i materialny pokrzywdzonego. Celem zadośćuczynienia orzeczanego na podstawie art. 446 § 4 k.c., nie jest natomiast zapłata za przedwczesność śmierci.

Podkreślić należy, że przepisy kodeksu cywilnego nie wskazują kryteriów, jakie należałoby uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego. Kryteriów tych natomiast niewątpliwie dostarcza orzecznictwo.

Ugruntowany jest pogląd opowiadający się za kompensacyjnym charakterem zadośćuczynienia pieniężnego, tj. uznający je za sposób naprawienia szkody niemajątkowej (por. wyrok SN z dnia 30 stycznia 2004 roku I CK 131/03, publ. OSNC 2005/2/40).

Przy oznaczeniu zakresu wyrządzonej krzywdy za konieczne uważa się uwzględnienie: rodzaju naruszonego dobra, zakresu naruszenia i trwałości skutków naruszenia (por. wyroki SN: z 20 kwietnia 2006 roku, IV CSK 99/05, publ. LEX nr 198509; z 1 kwietnia 2004 roku, II CK 131/03, publ. LEX nr 327923; z 19 sierpnia 1980 roku, IV CR 283/80, publ. OSN 1981, Nr 5, poz. 81; z 9 stycznia 1978 roku, IV CR 510/77, publ. OSN 1978, Nr 11, poz. 210).

Zasadniczą przesłanką przy określaniu wysokości zadośćuczynienia jest stopień natężenia wspomnianych elementów składających się na pojęcie krzywdy. Sąd musi przy tym uwzględnić wszystkie okoliczności danego zdarzenia.

Reasumując charakter roszczenia o zadośćuczynienie jest taki, że wysokość przyznanej kwoty za doznane krzywdy powinna uwzględniać zarówno cierpienia powstałe w wyniku wypadku, jak też czas trwania cierpień psychicznych i fizycznych związanych ze skutkami wypadku (a zatem również z uwagi na nieodwracalność skutków wypadku cierpienia na przyszłość), rokowania na przeszłość.

W orzecnictwie wskazuje się, że na rozmiar krzywdy, o której mowa w art. 446 § 4 k.c., mają wpływ przede wszystkim: wstrząs psychiczny i cierpienia moralne wywołane śmiercią osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki po jej śmierci, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, rola w rodzinie pełniona przez osobę zmarłą, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby bliskiej, stopień, w jakim pokrzywdzony będzie umiał odnaleźć się w nowej rzeczywistości i zdolność do jej zaakceptowania, wiek pokrzywdzonego (tak: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011 roku III CSK 279/10, niepubl.).

Niewątpliwie krzywdę doznaną w wyniku śmierci osoby bliskiej bardzo trudno ocenić i wyrazić w formie pieniężnej. Każdy przypadek powinien być traktowany indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy, przy czym ocena ta powinna opierać się na kryteriach obiektywnych, a nie na wyłącznie subiektywnych odczuciach pokrzywdzonego.

Przesłanka „przeciętnej stopy życiowej” społeczeństwa ma charakter uzupełniający i ogranicza wysokość zadośćuczynienia tak, by jego przyznanie nie prowadziło do wzbogacenia osoby uprawnionej, nie może jednak pozbawiać zadośćuczynienia jego zasadniczej funkcji kompensacyjnej i eliminować innych czynników kształtujących jego rozmiar (tak: wyrok SN z dnia 12 września 2002 roku IV CKN 1266/00).

Na wysokość zadośćuczynienia z art. 446 § 4 k.c. ma wpływ przeciętna stopa życiowa społeczeństwa, choć wyłącznie w tym sensie, iż wyznacza górne ramy wymiaru zadośćuczynienia, których przekroczenie mogłoby prowadzić do uznania, że zadośćuczynienie doprowadziło do wzbogacenia się uprawnionego (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 08 grudnia 2016 roku I ACa 714/16, publ. LEX nr 2200306).

Sąd Najwyższy w swoich judykatach także prezentuje takie stanowisko uznając, że wysokość zadośćuczynienia powinna uwzględniać aktualne warunki i stopę życiową społeczeństwa kraju, w którym mieszka poszkodowany (por.: wyrok SN z dnia 26 lutego 1962 roku, IV CR 902/61, publ. OSN PCKP 1963/5/92; wyrok SN z dnia 24 czerwca 1965 roku, I PR 203/65, publ. OSPiKA 1966/4/92; wyrok SN z dnia 12 września 2002 roku, IV CKN 1266/00 niepubl.; wyrok SN z dnia 14 lutego 2008 roku, II CSK 536/07; wyrok SN z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00).

Przepis art. 446 § 4 k.c. jest nadto jednym z przykładów tzw. „prawa sędziowskiego”, którego istotą jest pozostawienie sądowi pewnego marginesu swobody. Powyższe wynika z faktu, że ustawodawca uznał, iż ostatecznie nie jest w stanie w prawie pozytywnym sformułować ścisłych reguł określania wysokości roszczeń, które poszkodowanemu przysługują. Dlatego przekazuje określenie wysokości tychże roszczeń w ręce sędziego, który bada dany przypadek indywidualnie (tak: postanowienie SN z 27 lipca 2005 roku II KK 54/05, publ. LEX nr 152495).

Oczywiście pozostawiony sądowi margines swobody nie oznacza dowolności, gdyż ustalenie wysokości roszczeń winno nastąpić przy uwzględnieniu i wnikliwym rozważeniu wskazówek zawartych w przepisie.

Bezpośrednio po śmierci T. K. (1) powódka jako jego żona przeżyła traumę i odczuwała poczucie straty oraz krzywdy związane z niespodziewaną śmiercią męża. Przeżyła kolejne fazy żałoby takie jak zaprzeczenie, gniew, targowanie. Mimo przeżywanych silnych emocji miała jednak zapewnione poczucie bezpieczeństwa ze strony swoich pełnoletnich dzieci i wnuków.

Biorąc wszystko to pod uwagę trzeba stwierdzić, że dla zrekompensowania krzywdy za naruszenie prawa do życia w rodzinie i ból spowodowany utratą najbliższej osoby oraz pomoc w dostosowaniu się do zmienionej, w związku ze śmiercią osoby bliskiej, sytuacji żądane zadośćuczynienie na poziomie po 60 000 złotych byłoby zawyżone.

Przy oznaczeniu zakresu wyrządzonej krzywdy za konieczne uważa się uwzględnienie nie tylko rodzaju naruszonego dobra, zakresu (natężenie i czas trwania) naruszenia, trwałości skutków naruszenia i stopnia ich uciążliwości, ale także stopnia winy sprawcy i jego zachowania po dokonaniu naruszenia (tak: wyrok SN z dnia 20 kwietnia 2006 roku, IV CSK 99/05, publ. LEX nr 198509; wyrok SN z dnia 1 kwietnia 2004 roku, II CK 131/03, publ. LEX nr 327923; wyrok SN z dnia 19 sierpnia 1980 roku, IV CR 283/80, publ. OSN 1981, nr 5, poz. 81; wyrok SN z dnia 9 stycznia 1978 roku, IV CR 510/77, publ. OSN 1978, nr 11, poz. 210).

Nadto wysokość zadośćuczynienia powinna być odpowiednia, a zatem utrzymana – jak to wskazano - w granicach aktualnych warunków i przeciętnej stopy życiowej społeczeństwa.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela zaś pogląd, iż przewidziana w art. 445 § 1 i art. 448 k.c. możliwość przyznania przez sąd odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie zakłada dowolności ocen sądu, a jest jedynie konsekwencją niewymiernego w pełni charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej rozmiarze. Pomimo więc pewnej swobody sądu przy orzekaniu o zadośćuczynieniu, wyrok zasądzający zadośćuczynienie nie ma charakteru konstytutywnego, lecz deklaracyjny (por. wyroki SN z dnia 30 stycznia 2004 roku, I CK 131/03, publ. OSNC 2005/2/40; z dnia 17 listopada 2006 roku, V CSK 266/06, publ. LEX nr 276339; z dnia 26 listopada 2009 roku, III CSK 62/09, publ. LEX nr 738354, i z dnia 18 lutego 2010 roku, II CSK 434/09, publ. LEX nr 602683).

Sąd nie podzielił stanowiska strony pozwanej w zakresie roszczenia odsetkowego, wedle którego odsetki winny być określone dopiero od dnia wyroku. Przyjęcie takiego zapatrywania prowadziło do nieuzasadnionego pokrzywdzenia powodów, co obowiązany mógłby wykorzystywać dążąc do przeciągnięcia postępowania sądowego.

Wyrażona art. 363 § 2 k.c. zasada, że rozmiar szeroko rozumianej szkody, a więc zarówno majątkowej, jak i niemajątkowej, ustala się, uwzględniając czas wyrokowania, ma na celu możliwie pełną kompensatę szkody ze względu na jej dynamiczny charakter i nie może usprawiedliwiać ograniczenia praw poszkodowanego.

Zatem możliwe jest w okolicznościach konkretnej sprawy zasądzenie odsetek od daty wcześniejszej (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2000 roku, II CKN 725/98, publ. OSNC 2000/9/158 i z dnia 16 kwietnia 2009 roku, I CSK 524/08, publ. OSNC-ZD 2009, nr D, poz. 106).

Powódka dochodziła odsetek od daty złożenia pozwu

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 24 lipca 2014 roku II CSK 595/13 zwrócił uwagę, iż kwestia początkowego terminu naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia za krzywdę ustalonego przez Sąd jest w orzecznictwie postrzegana i rozwiązywana niejednolicie.

Według pierwszego poglądu, wymagalność roszczenia o zapłatę zadośćuczynienia podlega ogólnym regułom płynącym z art. 455 k.c. Odsetki ustawowe za opóźnienie przysługują więc wierzycielowi od daty wezwania dłużnika do zapłaty na rzecz poszkodowanego określonej sumy tytułem zadośćuczynienia (tak: wyroki SN: z dnia 18 września 1970 roku,

II PR 257/70, publ. OSNC 1971/6/103; z dnia 12 lipca 2002 roku, V CKN 1114/00, nie publ.; z dnia 18 lutego 2010 roku, II CSK 434/09, nie publ.).

Drugie z prezentowanych w judykaturze stanowisk, zakłada, że zadośćuczynienie za krzywdę wymagalne staje się dopiero w dacie wydania przez Sąd wyroku określającego jego wysokość, ponieważ dopiero od tego dnia dłużnik pozostaje w opóźnieniu z jego zapłatą (tak: wyroki SN z dnia 8 grudnia 1997 roku, I CKN 361/97, nie publ., z dnia 20 marca 1998 roku, II CKN 650/97, nie publ., z dnia 4 września 1998 roku, II CKN 875/97, nie publ., z dnia 9 września 1999 roku, II CKN 477/98, nie publ.).

Stosownie do trzeciego poglądu wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie za krzywdę, a tym samym i początkowy termin naliczania odsetek ustawowych za opóźnienie w jego zapłacie zależy od okoliczności każdego indywidualnie rozpatrywanego przypadku, co oznacza, że datą początkową biegu odsetek ustawowych może być zarówno dzień wyrokowania, jak i dzień poprzedzający datę wydania przez Sąd orzeczenia zasądzającego stosowne zadośćuczynienie (tak: wyroki SN: z dnia 30 stycznia 2004 roku, I CK 131/03, i z dnia 4 listopada 2008 roku, II PK 100/08, publ. OSNP 2010/10/108 oraz z dnia 18 lutego 2011 roku, I CSK 243/10, nie publ.).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie ocenił, iż datą miarodajną do naliczenia odsetek mogłaby być – na wypadek odpowiedzialności strony pozwanej - data wezwania pozwanego szpitala do zapłaty (doręczenia odpisu pozwu).

Zgodnie z art. 481 § 1 k.c., odsetki ustawowe przysługują uprawnionemu za samo opóźnienie w spełnieniu świadczenia, niezależnie od tego, czy wierzyciel poniósł szkodę i choćby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik nie ponosi odpowiedzialności. Mają one na celu wyrównanie uszczerbku majątkowego stanowiącego konsekwencję braku możliwości korzystania przez wierzyciela z należnego mu świadczenia pieniężnego od daty, w której dłużnik powinien spełnić to świadczenie stosownie do art. 455 k.c. lub przepisów szczególnych.

W orzecznictwie zwraca się także uwagę na to, że konstrukcja prawa do żądania przez wierzyciela odsetek ustawowych od dłużnika za czas opóźnienia jest dostosowana do świadczeń typowo pieniężnych i zakłada, że dłużnik wiedział nie tylko o obowiązku świadczenia na rzecz wierzyciela, ale także znał wysokość świadczenia, które ma spełnić (tak: wyrok SN z dnia 17 czerwca 2010 roku, III CSK 308/09, nie publ.).

Z uwagi na cenny charakter wysokości zadośćuczynienia dla ustalenia terminu jego wymagalności istotne jest więc, czy dłużnik znał wysokość żądania uprawnionego, a nadto, czy znał lub powinien znać okoliczności decydujące o rozmiarze należnego od niego zadośćuczynienia.

O terminie, od którego należy naliczać odsetki ustawowe decyduje także kryterium oczywistości żądania zadośćuczynienia. Jeżeli bowiem w danym przypadku występowanie krzywdy oraz jej rozmiar są ewidentne i nie budzą większych wątpliwości, uzasadnione jest przyjęcie, że odsetki ustawowe powinny być naliczane od dnia wezwania dłużnika do zapłaty takiego zadośćuczynienia, jakie było wówczas uzasadnione okolicznościami konkretnego przypadku. Nie można bowiem usprawiedliwiać opóźnienia w zapłacie pieniężnego zadośćuczynienia przez podmiot do tego zobowiązany w sytuacji, gdy wysokość pieniężnego zadośćuczynienia - ze względu na występujące typowe okoliczności - nie budzi większych wątpliwości w świetle ukształtowanej praktyki orzeczniczej w podobnych sprawach.

Nie ma także znaczenia, że ostateczne określenie wysokości zadośćuczynienia leży, w razie sporu między uprawnionym i zobowiązanym w kompetencji Sądu, albowiem możliwość przyznania pokrzywdzonemu odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia za krzywdę nie zakłada dowolności ocen Sądu, lecz stanowi konsekwencję niewymiernego charakteru okoliczności decydujących o doznaniu krzywdy i jej zakresie.

Poglądu tego nie podważa także to, że do zadośćuczynienia ma zastosowanie art. 363 § 2 k.c. (tak: wyrok SN z dnia 22 maja 1990 roku, II CR 225/90, nie publ.), stosownie, do którego jeżeli naprawienie szkody ma nastąpić w pieniądzu, wysokość odszkodowania powinna być ustalona według cen z daty ustalenia odszkodowania, chyba że szczególne okoliczności wymagają przyjęcia za podstawę cen istniejących w innej.

Co do kosztów procesu

Powódka została w całości zwolniona od kosztów sądowych (k. 70) a w piśmie z dnia 12 kwietnia 2018 roku wniosła (k. 286-288) o nieobciążanie jej kosztami procesu w myśl art. 102 k.p.c. na wypadek oddalenia powództwa.

O kosztach procesu Sąd orzekł jak w pkt. II wyroku na podstawie art. 102 k.p.c..

Mając na uwadze wynik sprawy, na zasadzie art. 98 k.p.c. powódkę obciążałby zwrot kosztów procesu stronie pozwanej.

Okoliczność zwolnienia od kosztów sądowych nie zwalnia od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi na wypadek przegrania sprawy (art. 108 ustawy z 28 lipca 2015 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 623).

Składając powództwo w takiej sprawie powódka powinna zatem teoretycznie liczyć się z ryzykiem procesowym i na podstawie miernika przeciętnie rozumującego człowieka logicznie przewidywać, iż na wypadek niepowodzenia jego argumentacji żądanie zawarte w pozwie nie będzie uwzględnione.

Ustanowiona w art. 102 k.p.c. zasada słuszności, jako stanowiąca odstępstwo od zasady odpowiedzialności za wynik procesu, jest rozwiązaniem szczególnym, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Wymieniony przepis, choć nie konkretyzuje pojęcia wypadków szczególnie uzasadnionych, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi orzekającemu, powinien być zastosowany wówczas, gdy w okolicznościach danej sprawy obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu przeciwnika byłoby rażąco niezgodne z zasadami słuszności (tak: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2011 roku, II Cz 203/10). W orzecznictwie Sądu Najwyższego zwraca się uwagę, na możliwość skorzystania z dobrodziejstwa art. 102 k.p.c. wówczas, gdy system skomplikowanych norm prawnych lub wysoce skomplikowany stan faktyczny wpływa na subiektywne przekonanie powoda o swej racji, pomimo zachowania należytej staranności przy wyrobieniu oceny zagadnienia oraz własnych szans procesowych (tak: postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 4 lipca 1974 roku Cz 88/97 i z dnia 7 stycznia 1982 roku, II CZ 191/81 oraz wyrok z dnia 1 października 1974 roku, II PR 207/74).

Sąd ocenił zatem, że istnieje podstawa do nie obciążania powódki kosztami procesu na zasadzie art. 102 k.p.c.

W ocenie Sądu zachodzi bowiem „szczególnie uzasadniony wypadek”, o którym mowa w art. 102 k.p.c.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie podziela zaś pogląd, iż sposób skorzystania z art. 102 k.p.c. jest suwerennym uprawnieniem jurysdykcyjnym sądu i do jego oceny należy przesądzenie, czy wystąpił szczególnie uzasadniony wypadek, który uzasadnia odstępstwo, a jeśli tak, to w jakim zakresie, od generalnej zasady obciążania kosztami procesu strony przegrywającej spór (tak: wyrok SN z dnia 3 lutego 2010 roku, II PK 192/09, publ. LEX nr 584735, wyrok SN z dnia 27 maja 2010 roku, II PK 359/09, publ. LEX nr 603828, postanowienie SN z dnia 19 października 2011 roku, II CZ 68/11, publ. LEX nr 1044004, postanowienie SN z dnia 20 kwietnia 2012 roku, III CZ 17/12, publ. LEX nr 1164739, postanowienie SN z dnia 25 marca 2011 roku, IV CZ 136/10, publ. LEX nr 785545, postanowienie SN z dnia 15 czerwca 2011 roku, V CZ 23/11, publ. LEX nr 864028, postanowienie SN z dnia 19 stycznia 2012 roku, IV CZ 118/11, publ. LEX nr 1169157; postanowienie SN z dnia 26 stycznia 2012 roku, III CZ 10/12, publ. OSNC 2012, nr 7-8, poz. 98; postanowienie SN z dnia 9 lutego 2012 roku, III CZ 2/12, publ. LEX nr 1162689 oraz postanowienie SN z dnia 15 lutego 2012 roku, I CZ 165/11, publ. LEX nr 1170214).

Kosztami sądowymi, od których ponoszenia powódka została zwolniona (k. 70), a którymi z racji wygrania procesu Sąd nie mógł obciążyć strony pozwanej, obciążono Skarb Państwa na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art.113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku (tekst jednolity Dz.U. 2018 poz. 300).

Mając powyższe na względzie Sąd orzekł jak w pkt. III wyroku.