

Sygn. akt I C 960/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 grudnia 2020 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Bożena Chłopecka

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Paulina Bondel

po rozpoznaniu w dniu 10 listopada 2020 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa T. G.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W.

z udziałem interwenienta ubocznego Szpitala (...) w W.

o zapłatę

I. zasądza od (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz T. G.:

- 1) kwotę 150.000 zł (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 lipca 2014r. do dnia zapłaty, z tytułu zadośćuczynienia,
- 2) kwotę 9.610 zł (dziewięć tysięcy sześćset dziesięć złotych) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 9 lipca 2014r. do dnia zapłaty, z tytułu odszkodowania,
- 3) kwotę po 800 zł (osiemset złotych) płatne do dnia 10-tego każdego miesiąca, tytułem renty,

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala,

III. ustala, że pozwany w całości ponosi koszty postępowania, z tym, że ich rozliczenie pozostawia referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt IC 960/15

UZASADNIENIE

Pozwem z 24 sierpnia 2015 roku powódka T. G. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty:

- 1) 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lipca 2014 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z powodu śmierci męża powódki,
- 2) 9.610 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lipca 2014 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za koszty jakie poniosła powódka w związku z pogrzebem męża i postawieniem nagrobka,
- 3) po 800 zł tytułem miesięcznej renty.

Ponadto powódka wniosła o zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, że dochodzone przez nią roszczenie wynika ze śmierci jej męża H. G., któremu Szpital (...) w W. - Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (dalej również szpital) nie udzielił należytej opieki. W szczególności powódka zarzuciła, że wdrożone przez personel szpitala leczenie nie było zgodne z zasadami sztuki medycznej, gdyż nie zastosowano leczenia trombolitycznego poprzez podanie leku np. a. mimo, że mąż powódki kwalifikował się do takiego leczenia. Zdaniem powódki zastosowanie leczenia trombolitycznego zwiększało szanse chorego na przeżycie i zmniejszało następstwa udaru.

W odpowiedzi pozwany, którego łączyła ze szpitalem umowa ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej szpitala, wniósł o oddalenie powództwa w całości. Pozwany wskazał, że personel medyczny szpitala odstąpił od podania leku a. ze względu na ciężki stan i rozległy udar niedokrwienny H. G.. Ponadto pozwany podniósł, że stosownie do umowy ubezpieczenia ze szpitalem suma gwarancyjna za jedno zdarzenie została ograniczona kwotą 46.500 euro co w dacie zawarcia umowy stanowiło równowartość 207.576 zł oraz, że odszkodowanie z tytułu zwrotu kosztów pogrzebu jest niezasadne, gdyż powódka otrzymała zasiłek pogrzebowy. Pozwany reprezentowany przez radcę prawnego w zakresie kosztów wniósł o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Dopuszczony w sprawie - w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego - szpital reprezentowany przez radcę prawnego wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jego rzecz kosztów wg norm przepisanych. Szpital podniósł, że powódka winna udowodnić zasadność powództwa, w szczególności wykazać konkretne działanie lub zaniechanie z którego szkoda wynikła oraz związany z tym związek przyczynowy i nie można w tym zakresie stosować domniemania. Szpital podziela stanowisko pozwanego, a odnośnie ubezpieczenia wskazał, że objęty jest u pozwanego dwoma umowami ubezpieczenia tj. obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności opieki zdrowotnej, a także dobrowolnym ubezpieczeniem za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością opieki zdrowotnej.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny.

W dniu 26 września 2012 roku ok. 6:45 podczas codziennej toalety H. G. mający wówczas 60 lat zasnął w łazience upadając na podłogę. Wezwana na miejsce kartka pogotowia zabrała H. G. do szpitala. Pacjent został przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy (dalej również SOR) o godzinie 7:40 w dniu 26 września 2012 roku z podejrzeniem udaru mózgu.

Dowód: karta informacyjna SOR (k. 57), zeznania E. B. (k. 358v), zeznania K. B. (k. 369v)

Stan pacjenta został określony jako średni z zaznaczeniem wystąpienia zaburzeń mowy (afazja).

Dowód: karta informacyjna SOR (k. 57), opinia biegłego (k. 472)

Z (...)u skierowano pacjenta na badania tomograficzne mózgu. W badaniu stwierdzono obszar świeżego niedokrwienia w płacie skroniowym lewej półkuli mózgu. Nie znaleziono patologii w pozostałych obszarach mózgu.

Dowód: badanie TK głowy wykonane jednofazowo (k. 59), opinia biegłego (k. 472)

O godz. 8:20 tego samego dnia pacjent z potwierdzonym rozpoznaniem udaru niedokrwiennego został przyjęty na oddział neurologiczny w szpitalu. Stan pacjenta przy przyjęciu na oddział neurologiczny oceniony za pomocą skali (...) wynosił przy przyjęciu 23 pkt, a ponadto został określony jako "średnio - ciężki, ciężki".

Dowód: ankieta udarowa (k. 61), historia choroby (k. 62), opinia biegłego (k. 472)

Przy przyjęciu pacjenta na oddział neurologiczny lekarzem dyżurującym był specjalista neurolog S. G.. Lekarz ten odpowiadał w tym dniu za leczenie neurologiczne H. G.. S. G. podjął decyzję, aby u pacjenta nie zastosować leczenia

trombolitycznego ze względu na rozległość obszaru niedokrwienia, ciężki stan chorego oraz ryzyko ukwotocnienia udaru.

Dowód: wyjaśnienia lek. S. G. (k. 404), wkładka do historii choroby (k. 211v)

W godzinach wieczornych 26 września 2012 roku temperatura pacjenta wyniosła 37,5 stopnia. Podano P., F., E. - chory przestał gorączkować. Podano tlen do oddychania.

Dowód: wkładka do historii choroby (k. 211v)

W dniu 27 i 28 września 2012 roku opiekę na pacjentem pełniła lekarz I. S. specjalista neurolog, wówczas pełniąca obowiązki ordynatora oddziału neurologicznego. W dniu 28 września 2012 roku nastąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta. Narosły zaburzenia świadomości. Wykonana powtórnie tomografia wykazała znaczne pogorszenie w strukturach mózgu chorego w postaci rozległego udaru niedokrwienego lewej półkuli z wyraźnie zaznaczonym obrzękiem tkanek mózgu. Stan pacjenta określono wówczas jako skrajnie ciężki.

Dowód: wkładka do historii choroby (k. 211v, 212), opinia biegłego (k. 472)

Przyjęto strategię zachowawczą leczenia udaru stosując kwas acetylosalicylowy, jako lek antyagregacyjny i heparynę drobnocząsteczkową, jako lek przeciwkrzepliwy.

Dowód: opinia biegłego (k. 472)

W dniu 28 września 2012 roku I. S. przeprowadziła pierwszą rozmowę ze S. G. celem wyjaśnienia dlaczego pacjent H. G. nie został poddany leczeniu trombolitycznemu skoro spełniał kryteria włączenia do tego leczenia przy jednoczesnym braku wystąpienia kryteriów wyłączenia. S. G. nie udzielił wówczas jednoznacznej odpowiedzi I. S..

Dowód: rejestr niezgodności z realizacją świadczeń medycznych (k. 403), zeznania I. S. (k. 390v w zw. z 415v, 416v, 420v).

Podczas weekendu 29-30 września 2012 roku ogólny, bardzo ciężki stan pacjenta utrzymywał się. Wówczas członkowie rodziny H. G. w rozmowie z lekarzem dyżurującym powzięli informację, że pacjentowi nie wdrożono leczenia trombolitycznego w postaci podania leku a.. Chcąc uzyskać informację o przyczynach takiego stanu rzeczy odesłano ich do ordynatora I. S., która miała najbliższy dyżur w poniedziałek 1 października 2012 roku.

Dowód: zeznania K. B. (k. 369v), zeznania J. C. (1) (k. 371), zeznania M. L. (k. 372), E. B. (k. 359)

W dniu 1 października 2012 roku powódka wraz z córką udały się na rozmowę do I. S. celem wyjaśnienia niepodania H. G. leku a.. Podczas rozmowy obecny był lekarza S. G.. Członkowie rodziny uzyskali odpowiedź, że w tej sprawie prowadzone jest w szpitalu wewnętrzne dochodzenie.

Dowód: zeznania B. C. (k. 360v) zeznania J. C. (1) (k. 371), zeznania M. L. (k. 372)

Tego samego dnia I. S. przeprowadziła drugą rozmowę ze S. G. na temat przyczyn nie wdrożenia leczenia trombolitycznego w stosunku do H. G.. Zobowiązała S. G. do sporządzenia wyjaśnień na piśmie, podjęła decyzję o odsunięciu S. G. od pełnienia dyżuru na oddziale neurologicznym oraz poinformowała o zaistniałej sytuacji zastępcę dyrektora ds. medycznych.

Dowód: rejestr niezgodności z realizacją świadczeń medycznych (k. 403), zeznania I. S. (k. 390v w zw. 420v), notatka wyjaśniająca (k. 404)

Stan ogólny H. G. nadal systematycznie się pogarszał, wystąpiły problemy z zapewnieniem prawidłowej wymiany gazowej, hipotensja i hipernatremia. W dniu 2 października 2012 roku pacjenta przeniesiono na oddział intensywnej terapii w szpitalu. W trakcie pobytu w oddziale stosowano wentylację mechaniczną za pomocą respiratora, wykonano

dwie sesje dializy z powodu hipernatremii i narastania wskaźników świadczących o niewydolności nerek. Podano aminy preryjne dla podtrzymania hemodynamiki krążenia oraz podjęto antybiotykoterapię, płynoterapię i żywienie pozajelitowe. Stan pacjenta wykazywał na bardzo ciężkie uszkodzenie mózgu nierokujące powrotu do prawidłowych funkcji.

Dowód: opinia biegłego (k. 473)

H. G. zmarł 5 października 2012 roku w szpitalu. Niezastosowanie terapii trombolitycznej u H. G. było błędem i pozbawiło pacjenta szans na lepszy wynik leczenia. H. G. spełniał wszystkie kryteria kwalifikującego go do leczenia trombolitycznego. W przypadku H. G. zastosowanie leczenia trombolitycznego ze względu na niewielki ubytek neurologiczny przy przyjęciu do szpitala dawało duże szanse na to, że nie dojdzie do poszerzenia obszaru niedokrwienia.

Dowód: odpis skrócony aktu zgonu (k. 27), protokół sekcji zwłok (k. 279), opinia biegłego (k. 474, 512, 551, 552)

Po śmierci H. G. powódka poniosła koszty związane z jego pochówkiem. Koszt trumny wyniósł 1.185 zł, koszt wieńca pogrzebowego wyniósł 450 zł, koszt przewozu ciała do chłodni i przetrzymywania ciała w chłodni wyniósł 450 zł; koszt ubrania ciała, koszt krzyża nagrobego, przewóz kwiatów samochodem, obsługa pogrzebu - łącznie 1.160 zł, koszty nagrobku i jego postawienia 4.600 zł, koszty opłacenia mszy żałobnej i organisty wyniósł 1.100 zł.

Dowód: faktura VAT nr (...) (k. 125), faktura VAT nr (...) (k. 125), faktura VAT nr (...) (k. 126), faktura VAT nr (...) (k. 125), faktura VAT nr (...) (k. 127), faktura VAT nr (...) (k. 127)

Powódka i H. G. tworzyli udane małżeństwo. Przeżyli w małżeństwie razem 37 lat. Darzyli się miłością oraz szacunkiem. Spędzali ze sobą dużo czasu, mogli na siebie liczyć przy podejmowaniu trudnych decyzji, byli dla siebie wsparciem w codziennych problemach. Utrzymywali stały kontakt z córkami i ich rodzinami, w tym z wnuczkami - okazując im pomoc. Powódka ma niepełnosprawną wnuczkę K. C., która ma 16 lat. Wnuczka powódki cierpi na zespół mózgowego porażenia dziecięcego. To mąż powódki bardzo zaangażował się w rehabilitację wnuczki, odwoził ją do szkoły. Miał więcej czasu dla wnuczki, gdyż od stycznia 2012r. przeszedł na emeryturę. Młodsza córka powódki była w trzecim miesiącu ciąży, gdy zmarł mąż powódki. Powódka bardzo przeżyła to, że mąż nie doczekał narodzin dziecka.

Dowód: zeznania E. B. (k. 359v, 360), zeznania B. C. (k. 361v), zeznania K. B. (k. 370v), zeznania J. C. (1) (k. 371v), zeznania M. L. (k. 372v), zeznania B. G. (k. 379, 380), zeznania H. Ł. (k. 381), opinia biegłego (k. 573, 574), zdjęcia (k. 128-132)

Przed śmiercią męża powódka wykazywała objawy depresyjno-lękowe. Bardzo przeżyła poronienie, którego doświadczyła córka. Po śmierci męża objawy depresyjno-lękowe uległy istotnemu nasileniu i przebiegały m.in. pod postacią przewlekłych stanów obniżonego podstawowego nastroju, apatii, poczucia żalu i niepogodzenia się ze stratą męża, niechęci do działania, trudności w odczuwaniu radości, zaburzeń rytmów domowych i pamięci, a także pesymistycznej oceny teraźniejszości i przyszłości. Powódka po śmierci męża kontynuowała leczenie psychiatryczne. Brak pogodzenia się ze śmiercią męża spowodował przedłużenie się fizjologicznego procesu żałoby.

Dowód: opinia biegłego (k. 572, 595, 627), zeznania H. Ł. (k. 381), zeznania J. C. (1) (k. 371v), zeznania M. L. (k. 372v, 373), zeznania E. B. (k. 360), zeznania B. C. (k. 361v, 362).

Obecnie powódka mieszka sama, jej miesięczne dochody z tytułu emerytury wynoszą 2.700 zł. Po śmierci męża wzrosły jej koszty utrzymania, powódka ponosi koszty opłat za mieszkanie w wysokości 500 zł miesięcznie, opłat za telefon - 130 zł, energię - 80 zł, telewizję kablową - 70 zł. Ponadto powódka ponosi koszty leczenia ok. 700 zł miesięcznie (leki antydepresyjne, kardiologiczne, związane z leczeniem kolana, wizyty lekarskie). Powódka opłaca składkę (...) w kwocie 100 zł kwartalnie. Powódka pomaga także finansowo swojej córce, która zajmuje się niepełnosprawnym dzieckiem. Powódka przekazuje córce ok. 500 zł miesięcznie. H. G. przed zachorowaniem był na emeryturze, otrzymywał świadczenie w wysokości 2.000 zł miesięcznie.

Dowód: zestawienie wydatków k.136.

Pismem z dnia 17 lutego 2014 roku powódka zwróciła się do szpitala o wpłatę 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za śmierć męża oraz 20.000 zł zaliczki na poczet świadczeń odszkodowawczych w związku z pochówkiem H. G.. W odpowiedzi szpital poinformował o przekazaniu roszczenia do ubezpieczyciela. Następnie pozwany pismem z dnia 8 lipca 2014 roku odmówił uwzględnienia roszczenia.

Dowód: fakty bezsporne, ponadto pismo powódki z 17 lutego 2014 roku (k. 96-104), pismo szpitala z 2 czerwca 2014 roku (k. 105), pismo pozwanego z 8 lipca 2014 roku (k. 106)

Zgodnie z art. 327¹ § 1 pkt 1 k.p.c. Sąd wskazał dowody, na których się oparł. W świetle uregulowania przyjętego w art. 327¹ § 1 k.p.c. Sąd nie ma obowiązku wyjaśnienia, dlaczego określonym dowodom dał wiarę. W zakresie zaś dowodów, którym Sąd odmówił wiarygodności należy skupić się na opinii biegłego dra n. med. D. M. - specjalisty neurologa. W ocenie biegłej leczenie H. G. przebiegło zgodnie z aktualnymi wytycznymi obowiązującymi w Polsce, a pacjent nie spełniał kryteriów do zastosowania leczenia trombolitycznego. Dalej wskazuje biegła, że ryzyko powikłań było wyższe niż oczekiwane korzyści. Dokonując oceny tego dowodu Sąd miał na uwadze, że ocena ta dotyka materii, dla której wymagane są wiadomości specjalne. Jednak okoliczność ta nie wyłącza takiego dowodu spod oceny Sądu, gdyż w przeciwnym razie wydanie opinii było równoznaczne z bezkrytycznym przyjęciem takiego dokumentu w poczet materiału dowodowego co wypaczałoby istotę postępowania dowodowego i mogłoby prowadzić do możliwości rozstrzygnięcia sprawy przez biegłego, a nie przez sąd orzekający. Opinia biegłego jak każdy inny dowód podlega ocenie Sądu. Przy czym swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, jak przy dowodzie z zeznań świadków i stron, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnienie, dlaczego pogląd biegłego trafił lub nie do przekonania sądu. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności (por. T. Ereciński [w:] P. Grzegorzczak, J. Gudowski, M. Jędrzejewska, K. Weitz, T. Ereciński, Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom II. Postępowanie rozpoznawcze, wyd. V, Warszawa 2016, art. 278). W omawianej opinii Sąd dostrzegł wady w zakresie jej logiczności oraz rzetelności. Spór w niniejszej sprawie skupił się nad zasadnością zastosowania w stosunku do H. G. leczenia trombolitycznego. Leczenie to samo w sobie nie jest kwestionowane i jest zalecane przy udarze niedokrwiennym na co zwraca uwagę również biegła. Problematyka tego leczenia wiąże się zaś z koniecznością spełnienia przez pacjenta kryteriów, które zalecają wdrożenia takiego leczenia (tzw. kryteria włączenia) przy jednoczesnym wykluczeniu wystąpienia innych kryteriów (tzw. kryteria wyłączenia). Biegła powołując się na te kryteria, których treść przywołała, wśród kryteriów wyłączenia wymieniła udar mózgu oceniany jako ciężki w badaniu przedmiotowym (np. > 25 pkt w (...)) lub jeżeli w badaniu TK/MR stwierdzono rozległy obszar niedokrwienny. Biegła powołała się na to kryterium uzasadniając swoją opinię o niezasadności wdrożenia w stosunku do H. G. leczenia trombolitycznego. Wskazała, że pacjent doznał rozległego, obejmującego całą półkulę mózgu, udaru niedokrwiennego wtórnie ukrwotocznionego, powikłanego złośliwym obrzękiem mózdzku z przemieszczeniem struktur środkowych mózgu i wklonowaniem migdałków do otworu potylicznego wielkiego. Opis wyłączenia przedstawiony przez biegłą o ile odpowiada kryteriom wyłączenia o tyle nie odpowiada on stanowi pacjenta w dniu jego przyjęcia. Powołany przez biegłą opis rozległego udaru odpowiada opisowi badania TK głowy z dnia 28 września 2012 roku (k. 60, 443), a więc z trzeciego dnia pobytu H. G. w szpitalu. Badanie TK głowy z dnia 26 września 2012 roku (k. 59, 443) tj. z dnia przyjęcia pacjenta do szpitala wskazuje na obszar świeżego niedokrwienia w płacie skroniowym lewej półkuli mózgu. Powyższe uwagi nie wkraczają w ocenę merytorycznej wiedzy biegłego, ale stanowią kontrolę opinii pod kątem jej fachowości i logiczności, gdyż samo zestawienie dokumentów zgromadzonych w sprawie nasuwa te wątpliwości. Biegła również pominęła milczeniem zeznania specjalisty neurologa I. S., która pełniąc obowiązki ordynatora oddziału neurologii, gdzie przyjęty był H. G. jednoznacznie, w sposób krytyczny wypowiedziała się o decyzji lekarza dyżurującego o niewdrożeniu leczenia trombolitycznego co wskazuje w jej ocenie na brak wystąpienia tzw. kryteriów wyłączenia. Brak ustosunkowania się do tych zeznań, które stanowią relację lekarza specjalisty neurologa, a więc o tożsamym fachu co biegła, będącego w centrum wydarzeń w owym czasie i który również leczył pacjenta wskazuje na nierzetelność

sporządzonej opinii. Z tych też względów opinia biegłej dr n. med. D. M. - specjalisty neurologa nie trafiła do przekonania Sądu zaś zakres wymienionych uchybień skutkował dopuszczeniem dowodu z opinii innego biegłego.

Sąd uznał za nieudowodnione twierdzenie, że pogorszenie stanu H. G. w tym zapalenie płuc spowodowane było niewłaściwym postępowaniem personelu medycznego w postaci umieszczenia go w sali szpitalnej przy otwartym oknie. W tej części odmówił wiarygodności zeznaniom świadków E. i K. B., B. i J. C. (2), M. L.. W pierwszym względzie należy wskazać, że zeznania świadków nie były kateryczne, a jedynie stanowiły ich opinię i podejrzenie o ewentualnych niepożądanych skutkach umieszczenia chorego przy otwartym oknie. Ponadto należy wskazać, że przeczy tym zeznaniom opinia biegłego prof. dr hab. med. Z. R. - z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Biegły ten został powołany do zaopiniowania postępowania personelu szpitala pod kątem nieprawidłowości w leczeniu H. G.. Biegły wśród uwag w postępowaniu szpitala nie wymienił nieprawidłowego umiejscowienia chorego w sali szpitalnej, o której zeznają świadkowie. Fakt ten nakazuje uznać, iż w jego opinii nieprawidłowości w tym względzie nie zaistniały. Z racji zaś, że opinię tą Sąd uznał za wiarygodną to dopełniło to przekonanie Sądu o nieudowodnieniu twierdzenia, że pogorszenie stanu H. G. w tym zapalenie płuc spowodowane było niewłaściwym postępowaniem personelu medycznego w postaci umieszczenia go w sali szpitalnej przy otwartym oknie.

Sąd zważył co następuje.

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej mierze.

W sprawie bezspornym było, że szpital w okresie leczenia męża powódki był świadczeniodawcą będącym podmiotem wykonującym działalność leczniczą, a przez to podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej [art. 136b ust. 1 pkt 1 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)]. Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej regulowało wówczas Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10). Zgodnie z § 2 tego rozporządzenia ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Bezspornym w sprawie było, że szpital od daty przyjęcia męża powódki tj. 26 września 2012 roku do daty jego śmierci tj. 5 października 2012 roku udzielał H. G. świadczeń opieki zdrowotnej. Bezspornym również było, że w tym czasie szpital podlegał obowiązkowemu ubezpieczeniu OC za szkody wyrządzone w następstwie działania lub zaniechania podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a ubezpieczycielem był wówczas pozwany. Niekwestionowane również było, że szpital ponosił odpowiedzialność za zachowanie lekarza S. G. - specjalisty neurologa w zakresie udzielania przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, który w dniu przyjęcia H. G. do szpitala podjął decyzję o niewdrożeniu leczenia trombolitycznego. Zatem odpowiedzialność szpitala kształtowała się na podstawie art. 430 kc. Na podstawie tego przepisu przyjęcie odpowiedzialności szpitala, a co za tym idzie pozwanego wiązało się z koniecznością wykazania przez powódkę wyrządzenia jej szkody z winy lekarza przy wykonywaniu przez niego powierzonej mu przez szpital czynności.

W ocenie Sądu powódka sprostowała temu obowiązkowi. Źródłem szkody, której naprawienia żąda powódka była śmierć jej męża. Powódka przyczyn śmierci męża upatrywała w nieprawidłowym leczeniu jej męża przez personel szpitala, a konkretnie przez decyzję lekarza S. G. o zaniechaniu wdrożenia leczenia trombolitycznego w stosunku do H. G. w początkowych godzinach przyjęcia pacjenta do szpitala. Tak sformułowany opis przyczyn okazał się trafny i odpowiadał uchwyceniu adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem S. G., a śmiercią męża powódki (art. 361 § 1 kc). Przeprowadzone postępowanie dowodowe, a zwłaszcza opinia Z. R. biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w sposób kateryczny wykazała, że niezastosowanie terapii trombolitycznej u

H. G. było błędem i pozbawiło pacjenta szans na lepszy wynik leczenia. Sąd przywołaną opinię uznał w całości za rzetelną i logiczną. Brak w opinii biegłego jednoznacznego wniosku - jakiego potwierdzenia lub wykluczenia domagał się pozwany - że zastosowanie leczenia trombolitycznego uchroniłoby H. G. od śmierci nie niweczy wystąpienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy szkodą powódki, a zachowaniem personelu szpitala. W tak zwanych procesach odszkodowawczych lekarskich "normalne następstwo", o którym mowa w art. 361 § 1 kc nie musi oznaczać skutku koniecznego. Jest tak dlatego, że proces chorobowy zachodzący w organizmie pacjenta nie zawsze da się przewidzieć z całkowitą pewnością, stąd też w judykaturze stwierdza się, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, odpowiadającego wymogom zawartym w art. 361 § 1 kc, może wystarczyć ustalenie istnienia odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą (tak Sąd Najwyższy w wyroku z 8.05.2014 r., V CSK 353/13, LEX nr 1466586). Zaprezentowany pogląd Sądu Najwyższego jest powszechnie akceptowany w orzecznictwie i Sąd orzekający w niniejszej sprawie nie znajduje podstaw do odstąpienia od niego. Zatem w rozpoznawanej sprawie koniecznym stało się dokonanie oceny czy z zaniechania wdrożenia leczenia trombolitycznego w stosunku do H. G. wynika wysokie prawdopodobieństwo jego śmierci. Odpowiedzi tej należy szukać w opinii biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Biegły wskazuje w oparciu o badania statystyczne, że leczeniem trombolitycznym uzyskuje się 13% bezwzględną poprawę wyników leczenia w obserwacji 12 miesięcy (k. 511). Wynik ten na pierwszy rzut oka mógłby wskazywać, że poziom skuteczności tego leczenia nie jest na tyle znaczny, aby można było mówić o wysokim prawdopodobieństwie uniknięcia śmierci H. G.. Jednak wyniku statystycznego nie można przekładać w sposób prosty na indywidualny przypadek każdego pacjenta, gdyż statystyka ze swej istoty stanowi uogólnienie wszystkich badanych zdarzeń. Dlatego mając na uwadze te wyniki i tak należy skupić się na indywidualnej ocenie konkretnego przypadku. Zatem, skuteczność leczenia trombolitycznego uzależniona jest zwłaszcza od czasu jego wdrożenia liczonego od momentu wystąpienia objawów udaru. W czasie leczenia H. G. obowiązywały standardy, w których wdrożenie takiego leczenia jest możliwe w czasie do 3 godzin od incydentu udaru. Obecnie wynosi to 4,5 godziny. Zauważyć więc można, że czas w stosowaniu leczenia trombolitycznego odgrywa kluczową rolę, a im wcześniejsze wdrożenie leczenia tym skuteczność trombolizy jest proporcjonalnie wyższa. W przypadku H. G. czas od wystąpienia udaru do wdrożenia leczenia był krótki. O godz. 6:45 zaobserwowano u niego pierwsze objawy, a o godz. 8:20 był przyjęty na oddział neurologii z rozpoznaniem udaru niedokrwiennego. Minęło zatem 95 minut. Czas ten w ocenie biegłego był dobrym wynikiem i zwiększał szanse H. G. na skuteczność leczenia (k. 551). Dodatkowo przy leczeniu trombolitycznym istotną jest wielkość ubytku neurologicznego. W przypadku H. G. na początkowym etapie kiedy leczenie trombolizą było możliwe jego ubytek neurologiczny był niewielki. Dawało to duże szanse, że nie dojdzie do poszerzenia obszaru niedokrwienia mózgu w przypadku zastosowania tego leczenia (k. 552). Powyższe w ocenie Sądu nakazuje uznać, że choć wdrożenie leczenia trombolitycznego nie dawałoby pewności, to w okolicznościach tego konkretnego przypadku uprawdopodobniało w stopniu wysokim uchronienie H. G. przed śmiercią.

Wykazanie adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią, a szkodą powódki nakazywało pochylić się nad zasadą odpowiedzialności szpitala, która w tym przypadku była uzależniona od winy lekarza S. G. przy podejmowaniu decyzji o zaniechaniu wdrożenia leczenia trombolitycznego (art. 415 kc). Przy rozważaniu winy należy w takim przypadku posłużyć się abstrakcyjnym wzorcem postępowania lekarza. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają 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. Nie chodzi przy tym o staranność wyższą od przeciętnej wymaganą wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 kc) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z 10.02.2010 r., V CSK 287/09, LEX nr 786561). S. G. posiadał specjalizację z zakresu neurologii. Decyzja o wdrożeniu leczenia trombolitycznego wiązała się ściśle z jego specjalizacją, gdyż dotyczyła leczenia urazów neurologicznych. Leczenie zaś trombolityczne obowiązywało już od kilku lat w Polsce licząc od 2012 roku. Zatem zgodnie z obowiązkiem spoczywającym na lekarzach tj. stałym doksztalcaniem się z uwagi na rozwój medycyny S. G. miał obowiązek znać przesłanki przemawiające za i przeciwko leczeniu trombolitycznemu. Sąd nie znalazł podstaw by uznać, iż takich przesłanek nie znał zwłaszcza w kontekście zeznań pełniącej obowiązki ordynatora oddziału neurochirurgii I. S..

Świadek ten zeznała o przeprowadzeniu szkolenia z udziałem lekarzy w tym S. G. w sprawie leczenia trombolitycznego (k. 416v), które miało miejsce przed przyjęciem H. G. do szpitala. Zatem zasadnym jest przyjęcie, że S. G. dysponował w zakresie leczenia trombolitycznego odpowiednią wiedzą. Mimo to brak podjęcia przez niego decyzji o zastosowaniu tego leczenia w stosunku do H. G. należało ocenić jako błędne. W tym zakresie Sąd posiłkował się opinią biegłego, który niezastosowanie terapii trombolitycznej u H. G. ocenił krytycznie dodając, że pozbawiło to pacjenta szans na lepszy wynik leczenia w sytuacji, gdy H. G. spełniał wszystkie kryteria kwalifikującego go do leczenia trombolitycznego. W ocenie Sądu analiza zachowania S. G. pozwala przypisać mu winę w zaniechaniu leczenia trombolitycznego w stosunku do H. G. co jak wskazano uprzednio przyczyniło się do śmierci męża powódki, a w konsekwencji przełożyło się na odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala oraz pozwanego u którego szpital był ubezpieczony.

Ustalenie odpowiedzialności pozwanego zrodziło konieczność ustalenia podstawy materialnoprawnej szkody powódki oraz udowodnienia jej rozmiarów. Powódka dochodziła kwoty 219.210 zł, na którą złożyła się kwota: 1) 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lipca 2014 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z powodu śmierci męża powódki, 2) 9.610 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 lipca 2014 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za koszty jakie poniosła powódka w związku z pogrzebem męża i postawieniem nagrobka, 3) 800 zł tytułem miesięcznej renty na rzecz powódki.

Zaczynając od żądania zapłaty zadośćuczynienia podstawę roszczenia powódki stanowił art. 446 § 4 kc, który w zw. § 1 tego przepisu stanowi, że jeżeli skutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę od zobowiązanego do naprawienia szkody. Przywołany przepis reguluje kwestię odpowiedzialności zobowiązanego do naprawienia szkody za szkodę niemajątkową w postaci krzywdy, a więc naruszenia uczuć przywiązania do zmarłego. Powódka była żoną zmarłego. Krzywda wywołana śmiercią współmałżonka jest jedną z najbardziej dotkliwych i najmocniej odczuwalnych z uwagi na rodzaj i siłę więzów rodzinnych oraz rolę pełnioną przez niego w rodzinie. H. G. i powódka tworzyli udane małżeństwo. Spędzali razem bardzo dużo czasu. Fakt przejścia zmarłego na emeryturę w niedługim okresie przed śmiercią dodatkowo temu sprzyjał. Powódka była z mężem zżyta oraz darzyli się wzajemnym uczuciem i szacunkiem o czym świadczą nie tylko zeznania osób, które ich obserwowały, ale również fakt bardzo częstego odwiedzania grobu zmarłego przez powódkę. Z materiału dowodowego wynika, że pozycja zmarłego w małżeństwie nie odbiegała od tradycyjnego jego ujęcia, a więc sytuacji gdzie kobieta czuje szczególne wsparcie w osobie mężczyzny oraz związane z tym poczucie bezpieczeństwa. Utrata takiego oparcia dla żony jest szczególnie dotkliwa z uwagi na powstałą w tym miejscu pustkę. Powódka po stracie męża wycofała się z relacji społecznych i zaczęła się izolować. Towarzyszył jej przewlekle obniżony nastrój i zrezygnowanie. Śmierć męża była dla niej tym bardziej zaskoczeniem, że do czasu pobytu w szpitalu mąż nie skarżył się na swoje zdrowie w zakresie mogącym rodzić podejrzenia poważniejszych problemów. Brak pogodzenia się ze śmiercią męża spowodował przedłużenie się fizjologicznego procesu żałoby (k. 572). Przed śmiercią męża powódka wykazywała objawy depresyjno-lękowe jednak sama śmierć męża spowodowała, że objawy depresyjno-lękowe uległy istotnemu nasileniu. Powódka po śmierci męża kontynuuje leczenie psychiatryczne. Wszystkie powyższe okoliczności w ocenie Sądu nakazują uznać, że przyznana powódce kwota 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest kwotą adekwatną do stopnia krzywdy powódki. Sąd ma na uwadze, że żadne pieniądze nie są w stanie zrekompensować straty osoby najbliższej jednak to na Sądzie również ciąży obowiązek przyznawania zadośćuczynienia w granicach adekwatnych do konkretnego przypadku, ale również z uwzględnieniem stopy życiowej społeczeństwa i jednolitość orzecznictwa sądowego w tym zakresie.

Kolejne roszczenie powódki wiązało się z kosztami jakie poniosła powódka w związku z pogrzebem męża i postawieniem nagrobka. Roszczenie powódki znajduje uzasadnienie w art. 446 § 1 kc. Szkoda jaka wynikła w majątku powódki z tego tytułu w ocenie Sądu została udowodniona, a sama ich wysokość nie była skutecznie przez pozwanego kwestionowana. Udokumentowanie przedstawionych kosztów fakturami VAT było dla Sądu przekonujące. W zakresie zaś kosztów mszy żałobnej i kosztów opłacenia organisty, które wyniosły łącznie 1.100 zł Sąd uznał, iż poniesienie tych kosztów oraz ich wysokość mieści się w granicach ustalonych zwyczajów panujących w naszym kraju. Z kolei wypłacenie zasiłku pogrzebowego, wbrew twierdzeniu pozwanego, nie podlega zaliczeniu na poczet odszkodowania z

tytułu zwrotu poniesionych kosztów pogrzebu. Sąd orzekający w pełni podziela ten pogląd, który potwierdza uchwała pełnego składu Sądu Najwyższego z 15.05.2009 roku (III CZP 140/08, OSNC 2009, nr 10, poz. 132.).

W zakresie odsetek od zasądzonego powództwa z tytułu zadośćuczynienia i odszkodowania Sąd uwzględnił roszczenie powódki. Sąd stoi na stanowisku, że odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia i odszkodowania powinny być zasądzone po w wezwaniu do zapłaty, które pozwany otrzymał nie później niż w dniu sporządzenia odpowiedzi na wezwanie tj. 8 lipca 2014 roku, a powódka odsetek domagała się od dnia 9 lipca 2014 roku. Sąd nie podziela twierdzenia strony pozwanej, wraz z przytoczonym orzeczeniem Sądu Najwyższego, że zasądzenie odsetek od zadośćuczynienia uzasadnione jest od chwili wyrokowania. W tej mierze w orzecznictwie prezentowane jest odmienne stanowisko, które zgodne jest z zasadą, że zarówno odszkodowanie, jak i zadośćuczynienie za krzywdę stają się wymagalne po wezwaniu zobowiązanego przez pokrzywdzonego do spełnienia świadczenia odszkodowawczego (art. 455 § 1 kc). Od tej zatem chwili biegnie termin do odsetek za opóźnienie zgodnie z art. 481 § 1 kc (por. wyrok SN z 18.02.2010 r., II CSK 434/09, LEX nr 602683; wyrok SN z 18.02.2011 r., I CSK 243/10, LEX nr 848109; wyrok SA w Lublinie z 12.05.2020 r., I ACa 117/20, LEX nr 3044490).

Odnosząc się do zasadności przyznania powódce renty to w pierwszej kolejności należy wskazać, że roszczenie to zostało oparte na podstawie art. 446 § 2 zdanie pierwsze kc o czym świadczy dosłowne jego przytoczenie w pozwie sporządzonym przez radcę prawnego. Ma to istotne znaczenie albowiem przywołany w tej części przepis wyznacza krąg uprawnionych do renty poprzez odesłanie do osób względem, których ciążył na zmarłym ustawy obowiązek alimentacyjny. W orzecznictwie i literaturze zarysowały się dwa stanowiska. W jednym z nich uznano, że małżonek zmarłego nie jest uprawniony do renty z tego tytułu, gdyż brak jest podstawy prawnej do uznania istnienia obowiązku alimentacyjnego między małżonkami. Z kolei przedstawiciele drugiego stanowiska wskazują, że małżonek znajduje się w kręgu osób uprawnionych z art. 446 § 2 zd. pierwsze kc, gdyż art. 27 kro reguluje kwestie alimentacyjne między małżonkami. Sąd orzekający w niniejszym składzie opowiada się za drugim stanowiskiem, które w przekonujący sposób zostało zaprezentowane w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2010 r. w sprawie o sygn. akt I PK 88/10. Zaprezentowane w uzasadnieniu tego wyroku argumenty oraz licznie przywołane orzecznictwo odpowiada stanowisku Sądu w niniejszej sprawie z tego też względu Sąd zaniechał jego powtórzenia. W zakresie zaś samej wysokości renty nie można zgodzić się ze stroną pozwaną, że powódka nie przedstawiła dowodów potwierdzających wysokość poszczególnych należności. Powódka przedstawiła rachunki za czynsz, energię i usługi telekomunikacyjne (k. 139), które Sąd uznał za wiarygodne. Wysokości samej renty uzależniona jest od potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Możliwości zarobkowe zmarłego wynosiły 2000 zł miesięcznie co odpowiadało świadczeniu emerytalnemu zmarłego. Obecnie potrzeby poszkodowanej są wyższe, gdyż w całości ponosi koszty związane z utrzymaniem mieszkania (ok. 800 zł). Dlatego też Sąd uznał, że zasadne jest przyznanie powódce renty w tej wysokości.

Orzekając o kosztach Sąd kierował się zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy i uwzględnił na podstawie art. 100 kpc, że określenie należnej sumy zadośćuczynienia zależało od oceny sądu.

Samo zaś szczegółowe wyliczenie zgodnie z art. 108 § 1 kpc Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu.

.