

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 10 czerwca 2010r., skierowanym przeciwko (...) S.A. w W. Oddziałowi w Ł., powodowie: B. K., P. K., Ł. O. i M. K. (1) wnieśli o zasądzenie od pozwanego następujących kwot:

na rzecz B. K. – 100.000 zł., tytułem odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej wskutek śmierci córki M. K. (2) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2008r. do dnia zapłaty;

na rzecz P. K. – 100.000 zł., tytułem odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej wskutek śmierci córki wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2008r. do dnia zapłaty;

na rzecz Ł. O. – 50.000 zł., tytułem odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej wskutek śmierci siostry wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2008r. do dnia zapłaty;

na rzecz M. K. (1) – 50.000 zł., tytułem odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej wskutek śmierci siostry wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2008r. do dnia zapłaty oraz

na rzecz powodów – 15.000 zł., tytułem odszkodowania za poniesione koszty pogrzebu i nagrobka, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2008r. do dnia zapłaty.

Nadto powodowie wnieśli o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego, według norm prawem przepisanych. Jako podstawę faktyczną dochodzonego roszczenia powodowie wskazali na błąd w sztuce medycznej lekarza karetki (...) we W. A. G. (1), polegający na niewłaściwym zaintubowaniu, przewożonej karetką córki i siostry powodów, na skutek czego M. K. zmarła /pозew – k. 2 – 6/.

W piśmie procesowym z dnia 2 lipca 2010r. strona powodowa sprecyzowała, iż zwrotu poniesionych kosztów pogrzebu M. K. (2) domaga się na rzecz powódki B. K. /pismo z dnia 02.07.2010r. – k. 102/.

Zarządzeniem z dnia 5 lipca 2010r. sprawy z powództwa Ł. O. oraz M. K. (1) przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. Oddziałowi w Ł. o zapłatę kwot po 50.000 zł., wyłączono do odrębnego rozpoznania i rozstrzygnięcia /zarządzenie – k. 203/.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) S.A. w W., jako ubezpieczyciel (...) we W. Oddział w T., oświadczył, iż nie uznaje powództwa, zarówno co do zasady, jak i co do wysokości i wniósł o jego oddalenie oraz zasądzenie od powodów kosztów zastępstwa procesowego. W ocenie pozwanego, na podstawie dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej nie można jednoznacznie stwierdzić, że zgon M. K. (2) nastąpił wskutek nieprawidłowego zachowania lekarza pogotowia ratunkowego. Działania pogotowia ratunkowego były podjęte w okresie, kiedy dziewczynka znajdowała się już w ciężkim stanie klinicznym, wskazującym na ciężkie uszkodzenie układu nerwowego /odpowiedź na pozew – k. 678 - 679/.

Pismem procesowym z dnia 11 czerwca 2012r. strona powodowa wniosła o wezwanie w charakterze pozwanych, na podstawie art. 194 § 3 k.p.c., (...) we W. Oddział w T., którego pracownikiem był lekarz I. S. (1) udzielający pomocy zmarłej M. K. (4) oraz Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W., w którym I. S. (1) posiadał indywidualną polisę ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania zawodu lekarza. W tej sytuacji powodowie wnieśli o zasądzenie na ich rzecz dochodzonych kwot od pozwanych ze wskazaniem, że zaspokojenie roszczeń przez któregokolwiek z pozwanych zwolni z odpowiedzialności pozostałych /in solidum/. Powodowie wnieśli o zasądzenie odsetek od dochodzonego roszczenia od (...) we W. od dnia 6 września 2008r. do dnia zapłaty /pismo procesowe z dnia 11.06.2012r. – data wpływu pisma do Sądu, – k. 757 - 759/.

Postanowieniem z dnia 14 czerwca 2012r. Sąd wezwał do udziału w sprawie w charakterze pozwanych: (...) we W. Oddział w T. oraz Towarzystwo (...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W., na podstawie art. 194 § 3 k.p.c. /postanowienie – k. 761/.

Na rozprawie w dniu 5 lipca 2012r. pełnomocnik powodów wyjaśnił, iż w uzasadnieniu wniosku o dopozwanie popełniono błąd, gdyż lekarzem (...) we W., udzielającym pomocy zmarłej, był nie I. S. (1), lecz A. G. (1) /protokół – k. 765/.

W odpowiedzi na pozew pozwane (...) we W. wniosło o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazało, że pozwane Pogotowie jest samodzielnym publicznym zoz-em i osobowość prawna przysługuje Pogotowiu (...) we W., którego jednostką organizacyjną jest Oddział w T.. /odpowiedź na pozew – k. 773 – 775/

Dopozwane Towarzystwo (...)S.A. także wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Pozwany ten podniósł, iż dokonał już likwidacji szkody powodów poprzez odmowę wypłaty odszkodowania na podstawie opinii medycznej sporządzonej przez prof. J. J. złożonej do akt sprawy karnej, w której nie dopatrzone się uchybień w postępowaniu I. S. (1) / odpowiedź na pozew – k. 792 – 794/.

Na rozprawie w dniu 18 października 2012r. strona powodowa cofnęła powództwo w stosunku do pozwanego (...)S.A., jako ubezpieczyciela I. S. (1), a w.w., wyraził zgodę na cofnięcie powództwa i wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W piśmie procesowym z dnia 20 grudnia 2012r. strona powodowa cofnęła swoje oświadczenie w zakresie cofnięcia pozwu przeciwko pozwanemu (...) SA /protokół – k. 819 odw., pismo z dnia 11.12.2012r. – k. 844, pismo procesowe pełnomocnika powodów z dnia 20.12.2012r. – k. 846/.

Postanowieniem z dnia 7 marca 2013r. Sąd Okręgowy w Łodzi ustalił prawidłową nazwę pozwanego ad 2 – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) we W. /protokół – k. 859/.

Pismem procesowym z dnia 1 września 2013r. pozwany ad. 2 SP ZOZ (...) we W. wniosło o wezwanie do udziału w sprawie, jako pozwanego, Szpitala (...)w T. na podstawie art. 194 § 1 k.p.c.

Strona powodowa nie zgłosiła zastrzeżeń w zakresie w.w. wniosku pozwanego, pozostawiając wniosek do uznania Sądu, zaznaczyła jednak, iż nie oznacza to zgody powodów na zmianę pozwanego zgodnie z art. 194 § 2 k.p.c. /pismo procesowe pozwanego ad 2 z dnia 01.09.2013r. – k. 944 – 945, pismo procesowe pełnomocnika powodów z dnia 07.01.2014r. – k. 1015/.

Postanowieniem z dnia 8 stycznia 2014r. Sąd oddalił wniosek pozwanego ad. 2 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) we W. o dopozwanie Szpitala (...)w T. na podstawie art. 194 § 1 k.p.c. / postanowienie – k. 1018/.

Na rozprawie w dniu 20 marca 2014r. strona powodowa sprecyzowała powództwo w ten sposób, że wniosła o zasądzenie dochodzonych pozwem kwot in solidum od każdego z pozwanych, a nadto, rozszerzyła podstawę faktyczną żądania skierowanego przeciwko pozwanemu ad. 1, również jako ubezpieczycielowi Szpitala im (...)w T..

Pełnomocnik pozwanego ad. 1, jako ubezpieczyciel SP ZOZ (...) we W. wniósł o oddalenie powództwa, jako ubezpieczyciel Szpitala (...)w T. oświadczył, iż nie uznaje roszczenia ze względu na przedawnienie, jak również z powołaniem się na art. 429 k.c. Podniósł, iż Szpital w T. i dr I. S. (1) łączyła umowa zlecenia, zawarta w dniu 9 września 2005 roku na okres jednego roku i w świetle zawartej umowy, w związku z treścią art. 429 k.c. pozwany ad 1, jako ubezpieczyciel Szpitala, jest zwolniony od odpowiedzialności cywilnej.

Pełnomocnik powodów wniósł o nieuwzględnienie zarzutu przedawnienia, podnosząc iż źródłem szkody był czyn przestępczy dr I. S. (1), w związku z tym zgodnie z art. 442¹ k.c. zastosowanie będzie miał w tej sytuacji nie trzyletni termin przedawnienia, lecz dwudziestoletni /protokół – k. 1081 – 1083/.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 23 stycznia 2006r. ok. godz. 20.30. dziewięcioletnia córka powodów M. K. (2) spadła ze schodów. Matka widziała moment upadku i uderzenie dziecka lewym policzkiem o parkiet. Dziecko, bezpośrednio po upadku, skarżyło się jedynie na ból policzka, było w pełni przytomne i zapewniało, że czuje się dobrze. Powódka obejrzała okolice urazu i nie dostrzegła żadnych zewnętrznych obrażeń, zadrapań ani zasinień. Ok. godzinę po upadku dziecko poczuło się niedobrze i zwymiotowało, co zdecydowało, że rodzice zawieźli je, własnym transportem, do Szpitala im. (...)w T.. /zeznania powódki – k. 714 odw., zeznania powoda – k. 716 odw./.

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w.w. Szpitala dziecko zostało przyjęte przez lekarza I. S. (1), który w chwili zdarzenia pełnił obowiązki lekarza dyżurnego SOR. W Oddziale tym pełnił dyżury będąc etatowo asystentem w Oddziale (...) (...) Centrum (...). Nie posiadał specjalizacji ani zaawansowanego stażu w zakresie medycyny ratunkowej lub innej specjalizacji wymienionej w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 25 lipca 2001 r.

W tamtym okresie przepisy dopuszczały zatrudnienie w szpitalnych oddziałach ratunkowych lekarzy bez specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej, którzy pracowali pod nadzorem lekarzy specjalistów z poszczególnych oddziałów. Szpital w T. jest szpitalem wieloprofilowym. Zarówno wówczas jak i obecnie ma Oddziały: Pediatrii, Interny, Chirurgii, Ortopedii, Ginekologii, Intensywnej Terapii i SOR. Feralnego dnia I. S. był jedynym lekarzem pełniącym dyżur na SOR. W tym dniu w każdym z oddziałów Szpitala pełnił dyżur lekarz specjalista z tego oddziału. Dyżurującymi lekarzami byli: pediatra, internista kardiolog, chirurg, ortopeda oraz ginekolog. Do tego dochodzili specjaliści z zakresu intensywnej terapii i anestezjologii. /zeznania świadka I. S. – k. 882 odw., pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 896 /.

Przy przyjęciu pacjentki M. K. (2) I. S. przeprowadził wywiad z dzieckiem i jej ojcem, badanie przedmiotowe lekarskie i badanie diagnostyczne – RTG czaszki. Nie zlecił tomografii, gdyż nie dysponował w szpitalu tomografem komputerowym. Zasadniczo zdjęcia wykonuje technik a opisuje radiolog, jednakże w tym dniu w Szpitalu nie było radiologa, dlatego wykonane zdjęcia RTG oceniał sam I. S., nie będący specjalistą radiologiem. Zdjęcie RTG nie wzbudziło jego wątpliwości. Jakość zdjęć uzyskana w aparacie, w dacie badania M. K. (2), nie odbiegała od jakości zdjęć uzyskiwanych na tym aparacie w tym samym roku. Aparat RTG został wymieniony rok po przedmiotowym zdarzeniu, ze względu na jego wiek. Na podstawie zdjęcia RTG I. S. nie stwierdził występowania zmian urazowych w strukturze kości ani zmian pourazowych. Dziecko, w miejscu urazu, zgłaszało ból palpacyjny, nie było innych oznak takich jak krwiak lub uszkodzenia naskórka. Dziecko chętnie odpowiadało na pytania, nie przedstawiało w swoim zachowaniu żadnych niepokojących objawów neurologicznych. Na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego I. S. stwierdził, że u M. K. (2) doszło do urazu głowy, bez utraty przytomności i zakwalifikował pacjentkę, jako przypadek z niskim prawdopodobieństwem wystąpienia powikłań. Przedstawił ojcu dziecka listę zaleceń, co do dalszego postępowania w takich przypadkach, również na wypadek pojawienia się nowych objawów. Wspólnie z P. K. przeanalizował możliwość wystąpienia objawów mogących być podstawą podejrzeń o większych następstwach tego urazu. Nie skierował dziecka na obserwację szpitalną, nie widząc ku temu żadnych podstaw. Nie konsultował diagnozy z innym lekarzem, uznając brak takiej potrzeby. Dziecko nie miało żadnej rany zewnętrznej, która wymagałaby zaopatrzenia. Lek. I. S. nie zlecił powtórzenia zdjęcia RTG M. K. (2), uznał, że nie jest to potrzebne do postawienia diagnozy i ustalenia dalszego postępowania. Decyzję o rozpoznaniu lekkiego urazu i odstąpieniu od hospitalizacji lek. I. S. uzasadniał dobrym stanem ogólnym, bez utraty świadomości lub jakościowych jej zaburzeń, jednorazowym incydentem wymiotów, brakiem zewnętrznych cech urazu poza niewielką bolesnością okolic urazu. Nie stwierdził w badaniu neurologicznym żadnych odchyśleń, mogących świadczyć o rozwoju procesu uciskowego. Dziecko ocenił na 15 pkt, w skali GCS, co jest najwyższą punktacją świadcząca o prawidłowym stanie reaktywności i świadomości. /zeznania świadka I. S. – k. 882

odw.- 883 odw., dokumentacja medyczna – k. 34, 36, 37, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 896 – 897/.

Dziecko oddane zostało pod opiekę rodziców, w domu. Po powrocie do domu ok. 23:30 stan zdrowia dziewczynki zaczął ulegać dość dynamicznemu pogorszeniu. Matka podała jej lek przeciwbólowy, ponieważ dziewczynka skarżyła się na ból głowy. Po ok. 20 minutach dwukrotnie zwymiotowała, pogorszył się kontakt słowno - logiczny, wystąpiły nieskoordynowane ruchy kończyn oraz zaburzenia wentylacji - dziecko charczało. O godz. 0.29 dnia 24 stycznia 2006r. ojciec dziecka wezwał telefonicznie Zespół (...) z T.. Jeszcze przed przybyciem karetki dziewczynka straciła przytomność. /zeznania powódki – k. 715, zeznania powoda – k. 716 odw., pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 641 – 642/.

Zespół Pogotowia (...) we W. przybył o godz. 0:50 w dniu 24 stycznia 2006 roku w osobach lekarza A. G. (1) i ratownika. Lekarz stwierdził objawy nadciśnienia śródczaszkowego oraz uszkodzenia pnia mózgu i lewej półkuli mózgu. Stan świadomości według skali Glasgow (GCS) był poniżej 8 - chora była nieprzytomna. Poszerzenie i brak reakcji na światło lewej źrenicy wskazywały na ucisk lewej półkuli mózgu. Nie stwierdzono typowych objawów uszkodzenia dolnej części pnia mózgu (krytycznych). Oddech był wydolny, miarowy 21/minutę, ciśnienie krwi było prawidłowe dla wieku 100/70, nie wskazywało to na uszkodzenie krytyczne pnia mózgu, tętno było przyspieszone a nie zwolnione, jak typowo dla krytycznego nadciśnienia śródczaszkowego. Lekarz nie przeprowadził w domu akcji reanimacyjnej, lecz podjął decyzję o niezwłocznym transporcie do ośrodka zajmującego się neurochirurgią. Wyjazd karetki nastąpił po godzinie 1.00 w dniu 24 stycznia 2006 roku. W czasie transportu wystąpiło zatrzymanie krążenia i prawdopodobnie utrata spontanicznej czynności oddechowej. Lekarz A. G. (1) zdecydował o zatrzymaniu karetki (miejscowość S., 17 km przed W.), wykonał intubację i zastosował bierną tlenoterapię. Intubacja została wykonana dwukrotnie (za drugim razem uznano, że wykonana jest prawidłowo). W dokumentacji nie ma danych, czy rurka po intubacji była umocowana celem zabezpieczenia przed przemieszczeniem. /pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – k. 951, pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 641 – 642, zeznania powódki – k. 714 odw. - 715/.

Karta informacyjna nie zawiera innych informacji dotyczących oceny stanu dziecka w obiektywnych skalach - odpowiednie rubryki nie zostały wypełnione. Skąpe informacje o stanie dziecka uzupełnione zostały przez lek. A. G. w notatce służbowej do dyrektora (...) w P., gdzie w.w. podał: „badaniem fizykalnym stwierdziłem RR 100/70, tętno przyspieszone, oddech równy miarowy 21/m, lewa źrenica szeroka, prawa wąska, bez reakcji na światło” /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 641 – 642, notatka służbowa – k. 295 – 295 odw./.

O godzinie 1.55 M. K. (2) została przyjęta do Oddziału (...) Szpitala we W.. Stwierdzono: dziecko głęboko nieprzytomne, wiotkie, z szerokimi areaktywnymi źrenicami, z sinicą obwodową, zaintubowane, wentylowane mechanicznie, bez akcji serca. Lekarze Oddziału Ratunkowego stwierdzili nieprawidłowe umieszczenie rurki intubacyjnej w przełyku i wykonali ponowną intubację dotchawiczą. Rurka intubacyjna tkwiła w przełyku do 20 minut - czas przejazdu karetki na dystansie 17 km nie przekracza 15 minut. O godzinie 2.00 doszło do kolejnego zatrzymania krążenia z poszerzeniem obu źrenic i ich brakiem reakcji na światło. Przeprowadzona reanimacja doprowadziła do powrotu krążenia z ciśnieniem tętniczym 40/0 przy użyciu katecholamin (presorów ciśnienia tętniczego), z porażeniem czynności oddechowych oraz brakiem odruchów. Stan taki określa się jako liczne objawy śmierci mózgowej w wyniku śmierci pnia mózgu. Mimo takiego stanu podjęto decyzję o operacji neurochirurgicznej – zwiadowczej trepanacji czaszki, wobec braku badań obrazowych z powodu awarii aparatu do badania za pomocą tomografii komputerowej. W czasie przygotowań do operacji wystąpiło kolejne i już ostateczne zatrzymanie akcji serca i zgon mimo długotrwałych prób reanimacji. Zgon stwierdzono o godzinie 3.20 w dniu 24 stycznia 2006 r. Obdukcję przeprowadzono w Zakładzie Medycyny Sądowej we W. w dniu 26 stycznia 2006r. /odpis skrócony aktu zgonu – k. 9, pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – k. 951 – 952, historia choroby – k. 40 – 45, dokumentacja leczenia – k. 280/.

W wyniku obdukcji: 1/ nie stwierdzono zmian zewnętrznych pourazowych na głowie; 2/ w powłokach miękkich czaszki w okolicy tylnej skroniowej w kierunku karku podbiegnięcie krwawe po stronie lewej; 3/ złamanie łuski kości

skroniowej lewej. Szczelina złamania od otworu słuchowego długości 6,5 cm i szerokości 0,1 cm oraz druga w kierunku podstawy środkowego dołu czaszki długości 7 cm i szerokości 0,1 cm; 4/ krwiak nadtwardówkowy, galaretowaty, jednorodny, tylnej części okolicy skroniowej i ciemieniowej grubości 3 cm i wymiarach poprzecznych 11,0 x 9,0 cm; 5/ krwiak nadtwardówkowy w okolicy dolnej potylicznej po stronie lewej sąsiadujący z opisanym krwiakiem okolicy skroniowo-ciemieniowej grubości 2 cm i wymiarach 7.0 x 5.0 cm; 6/ opona twarda mózgu bez cech urazu; 7/ półkula mózgu lewa spłaszczona uciskiem wymienionych w punkcie 4 i 5 krwiaków nadtwardówkowych; 8/ zagłębienie w migdałkach mózdzku na głębokość 0,5 cm jako wyraz ich wklinowania do otworu potylicznego wielkiego wskutek nadciśnienia śródczaszkowego; 9/ wylew krwawy w podstawnej części mózdzku o wymiarach 1,0x1,0 cm; 10/ tchawica ze śladami po przebytej intubacji dotchawiczej; 11/ przełyk bez zmian świadczących o urazie mechanicznym; 12/ żołądek o prawidłowym wyglądzie i wielkości z resztkowymi śladami pożywienia /pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – k. 952 – 953, protokół sądowo – lekarskich oględzin i sekcji zwłok – opinia – k. 310 – 311/.

Przyczyną śmierci M. K. był uraz czaszkowo – mózgowy, w wyniku upadku z wysokości, prowadzący do rozwoju pourazowego krwiaka nadtwardówkowego, skrajnego nadciśnienia śródczaszkowego oraz uszkodzenia ośrodków pnia mózgu w następstwie wgłobienia /wklinowania/ mózdzku w otwór potyliczny wielki. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 900/.

Postępowanie lekarza Szpitalnego Oddziału (...)Szpitala im. (...)w T., I. S. należy uznać za nieprawidłowe. Decyzja o odstąpieniu od hospitalizacji i ograniczeniu badań dodatkowych była decyzją niewłaściwą. Istotny wpływ na podjęcie złej decyzji miały wady organizacyjne Szpitala: zatrudnienie lek. I. S., jako lekarza dyżurnego SOR, mimo braku odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, niedostateczna sprawność aparatury do badań RTG oraz brak możliwości opisu badania RTG przez specjalistę radiologa. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 900/.

Podstawowym zagrożeniem zdrowia i życia dzieci po urazach czaszkowo-mózgowych jest pourazowy wewnątrzczaszkowy proces uciskowy (najczęściej narastający krwiak nadtwardówkowy) oraz obrażenia w zakresie kręgosłupa szyjnego. Powstanie krwiaka wewnątrzczaszkowego jest procesem rozciągniętym w czasie - rozpoczyna się w chwili urazu, nasila się wraz z upływem czasu i (co niestety jest bardzo złowieszcze) nie daje we wczesnym okresie wyraźnych objawów klinicznych. Dynamika narastania krwiaka i związanego z tym zagrożenia zdrowia i życia uzależniona jest od wielu czynników takich jak: energia urazu, miejsce urazu, okoliczności urazu, wiek pacjenta, miejsce, rozległość i charakter zmian pourazowych w kośćcu czaszki. U starszych dzieci choroba może się manifestować objawami związanymi ze wzrostem CWC: zaburzeniami świadomości lub objawami ogniskowymi (porażenie lub niedowład połowiczny, poszerzenie źrenicy po stronie urazu, zaburzenia postawy lub osłabienie siły mięśniowej po stronie przeciwnej do urazu). Jednym z najważniejszych objawów we wszystkich grupach wiekowych jest stopniowe pogarszanie się stanu świadomości chorego. Nielezione wzrastające CWC może doprowadzić do wgłobienia mózgu pod namiot mózdzku, zatrzymania oddechu i krążenia. Objawy krwiaka nadtwardówkowego powstałego w wyniku uszkodzenia naczyń tętniczych rozwijają się szybko (w ciągu kilku godzin), natomiast w krwiakach pochodzenia żylnego są mniej burzliwe (rozwijają się w ciągu kilku dni). /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 897/.

Z powyższych przyczyn najistotniejsza jest obserwacja stanu świadomości i połączonego z nim występowania tzw. ogniskowych objawów neurologicznych. Badaniem podstawowym w diagnostyce urazu czaszkowo - mózgowego pozostaje tomografia komputerowa. Ze względu na koszt badania, jego dostępność i narażenie pacjenta na promieniowanie proponuje się następujące wskazania do wykonania CT u dziecka po urazie głowy: GCS < 15 punktów lub GCS równe 15 punktów, jeśli stwierdzono niepamięć wsteczną, utratę przytomności, wymioty, drgawki, neurologiczne objawy ubytkowe lub okoliczności, w których badanie neurologiczne jest niewiarygodne lub niemożliwe do wykonania (np. znieczulenie ogólne, zatrucie, wcześniejsze zaburzenia neurologiczne). Jednak powinno się rozszerzyć wskazania do wykonania badania TK głowy i szyi we wszystkich przypadkach urazu u dzieci, gdyż koszt badania i ewentualne narażenie na promieniowanie jest niewspółmierne do konsekwencji nierozpoznania procesu pourazowego w obrębie czaszki czy kręgosłupa. Dzieci stanowią bowiem szczególnie podmiot i przedmiot

badania klinicznego, różny zdecydowanie od człowieka dorosłego i rola badania obiektywnego, jakim jest tomografia komputerowa, jest w tej grupie wiekowej szczególnie istotna. Klasyczne badanie RTG czaszki uznaje się za mało czułe w diagnostyce urazu, gdyż ocenia stan układu kostnego, jedynie pośrednio sugeruje o możliwości rozwoju procesu uciskowego, ale go nie rozpoznaje. Istnieje więc wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia rozwoju krwaka bez obrażeń układu kostnego. Nadto diagnostyka urazu kostnego nie ma charakteru nagłego, gdyż przy izolowanym urazie kostnym postępowanie zabiegowe nie musi - w przeciwieństwie do krwaka wewnątrzczaszkowego - mieć charakteru pilnego. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 898, 899/.

Z powyższych względów, badanie RTG czaszki jest bezwartościowe przy diagnozowaniu urazów mózgowo - czaszkowych u dzieci, a nawet szkodliwe i jako takie, nie mieści się w algorytmie postępowania. /ustna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – protokół k. 1087/.

Oceniając postępowanie lekarza I. S. należy stwierdzić, że posiadane przez niego kwalifikacje i staż zawodowy nie upoważniały go do pełnienia samodzielnie obowiązków lekarza dyżurnego SOR. Pomijając poprawność decyzji organizacyjno - personalnych w Szpitalu, lek. I. S. powinien mieć świadomość ograniczonego stopnia swoich kompetencji i doświadczenia, co powinno skutkować szczególną ostrożnością w podejmowaniu decyzji. W ocenie stanu dziecka brak było istotnej informacji o wysokości z której doszło do upadku (matka zarejestrowała tylko jego ostatnią fazę upadku), z kolei wykonane badanie RTG czaszki było źle technicznie i nie zostało opisane przez specjalistę radiologa, tak więc wartość wyniku tego badania można uznać za znikomą. Należy także zważyć, że wystąpiły wymioty (pojedynczy incydent), istotne w obrazie klinicznym, ale przez lekarza zignorowane. Badanie dziecka odbyło się stosunkowo krótko po doznany urazie, bo po upływie ok. 2 godzin, co miało znaczenie dla oceny obrazu klinicznego w badaniu neurologicznym (czego lekarz powinien być świadomy) i sprawiło, że rozpoznanie u pacjentki lekkiego urazu czaszkowo – mózgowego nie było prawidłowe. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 899/. Krwaki nadwardówkowe powstają natychmiast po urazie, jest to przerwanie ciągłości układu naczyniowego. Istotne są: wielkość, dynamika i lokalizacja krwaka. Dr I. S. obserwował dziecko w dwie godziny po urazie, tj. w okresie, kiedy krwaki nie miał objętości dającej objawy kliniczne, ale nadal narastał. Złym objawem, sugerującym narastanie urazu śródczaszkowego, są wymioty, które pojawiły się u dziecka, aczkolwiek tylko jeden raz. Badanie RTG zostało wykonane wadliwie i zostało nieprawidłowo opisane, nie przez radiologa. Jego wartość była niewielka.

Prawidłową decyzją, w tym stanie rzeczy, byłoby zatrzymanie dziecka na obserwacji szpitalnej. Obserwacja w szpitalu powinna dotyczyć zachowania się i świadomości dziecka, co wskazuje na dynamikę procesu wewnątrzczaszkowego. Przy pojawieniu się objawów procesu wewnątrzczaszkowego, byłoby wskazanie do wykonania TK głowy, a wobec braku tomografu w Szpitalu w T., przewiezienie dziecka do ośrodka, który posiadał takie możliwości diagnostyczne. Skuteczność postępowania terapeutycznego, w przypadku tego typu urazów, zależy od upływu czasu. Istnieje istotny związek między czasem udzielenia pomocy, a efektami terapeutycznymi u pacjentów z pourazowym procesem uciskowym. Gdyby zaburzenia świadomości u dziecka stwierdzono w możliwie najwcześniejszym okresie ich wystąpienia, tym większe były szanse na skuteczną terapię, co z kolei byłoby możliwe do stwierdzenia, w trakcie obserwacji szpitalnej w Szpitalu w T., podczas której lekarz mógłby wcześniej zaobserwować pierwsze objawy procesu wewnątrzczaszkowego, do których należy np. senna i natychmiast odpowiednio zareagować. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 1088 – 1089, 1090 /

Nieprawidłowe postępowanie dr I. S. spowodowało u dziecka stan większego zagrożenia zdrowia i życia. Decyzja o odesłaniu dziewczynki do domu była postępowaniem niewłaściwym, gdyż mimo prawidłowego stanu klinicznego i braku neurologicznych objawów procesu uciskowego - wobec nieznannej energii urazu, krótkiego okresu pomiędzy urazem a badaniem, nie uzyskania wiarygodnego wyniku badania RTG czaszki, obserwowanych jednorazowego incydentu wymiotów oraz niedostatecznych kwalifikacji zawodowych lek. I. S. - należało skierować dziecko do szpitala zapewniającego możliwość wykonania badania TK głowy i szybkiego odcinka kręgosłupa, a przynajmniej podjąć decyzję o hospitalizacji dziecka w Szpitalu w T. i wnikliwej obserwacji w warunkach oddziału szpitalnego ze szczególną

oceną stanu świadomości i wystąpienia objawów neurologicznych /pismna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. W. K. – k. 899/.

Podobnie, obarczone błędami, było postępowanie lekarza zespołu ratunkowego A. G. (1). W przedszpitalnym zaopatrzeniu chorych po urazie zadaniem priorytetowym jest zapobieganie niedotlenieniu i hipotensji. Są to bowiem najważniejsze czynniki, które na tym etapie mają istotne znaczenie dla przeżycia i wyniku leczenia chorych. Hipoksemia (niedotlenienie) występuje u 22,4 – 55 % pacjentów z ciężkim urazem głowy przed intubacją i jest związana z ryzykiem powikłań neurologicznych i śmiertelności. Na miejscu wypadku należy unikać hipoksemii poprzez natychmiastową tlenoterapię, a następnie intubację u pacjentów ocenionych na < 8 pkt wg GCS. Ważna jest też kliniczna ocena wentylacji: czy nie ma okresów bezdechu lub płytkiego oddychania. U pacjentów nieprzytomnych ocenionych na < 8 pkt wg GCS należy zabezpieczyć drożność dróg oddechowych. Teoretycznie najlepszą metodą utrzymania drożności dróg oddechowych, pozwalającą na wspomaganie wentylacji, jest intubacja dotchawicza. Jest to rekomendowana metoda postępowania. W piśmiennictwie brak jest jednak dobrze udokumentowanych dowodów na przewagę wentylacji poprzez rurkę dotchawiczą nad wentylacją „na maskę”. W doświadczeniu Stanów Zjednoczonych Ameryki, Australii oraz wielu krajów Europy, tam gdzie pomocy na miejscu wypadku udzielają służby paramedyczne, intubacja dotchawicza okazuje się być często niekorzystna i prowadzi do powikłań. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów pediatrycznych. Ponadto intubacja dzieci wymaga wyższych kwalifikacji ratowników i specjalnego przeszkolenia, stąd znacznie więcej nieudanych intubacji ma miejsce w przypadku dzieci. W dużych badaniach prospektywnych nie wykazano korzyści z intubacji dzieci na miejscu wypadku przez paramedyków. Związane jest to z większym ryzykiem aspiracji, niepowodzenia intubacji, hipoksemii lub hiperwentylacji. Jednocześnie istnieją badania o II klasie wiarygodności, które nie wykazują korzyści wentylacji poprzez rurkę intubacyjną w stosunku do wentylacji „na maskę”. Gausche i współautorzy przeanalizowali losy 830 dzieci poniżej 12 roku życia po urazie głowy, z których połowa była zaintubowana na miejscu wypadku, a połowa wentylowana przez maskę. Nie stwierdzono istotnej różnicy statystycznej pomiędzy przeżyciem i odległym wynikiem leczenia w obu grupach. /pismna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 642 - 643/.

W warunkach polskich w karetkach wypadkowych powinni pracować lekarze anestezjolodzy lub specjaliści medycyny ratunkowej; w dużych aglomeracjach istnieją również wypadkowe zespoły pediatryczne. Można więc założyć, że ryzyko powikłań intubacji na miejscu wypadku jest w naszych warunkach mniejsze. Trzeba jednak pamiętać, że czynnikiem ryzyka dla niepomyślnego rokowania jest nie tylko nieprawidłowa intubacja, ale także nieprawidłowa wentylacja chorych. Ideałem byłoby wyposażenie karetok wypadkowych w kapnometry. W przypadku, gdy ratownik na miejscu wypadku nie posiada wystarczającego doświadczenia w intubacji dzieci, dopuszcza się wentylację workiem samorozprężalnym „na maskę”. Nie jest zalecana profilaktyczna hiperwentylacja. Można ją rozważyć, jeśli pojawiają się objawy klinowania, po skorygowaniu hipoksemii i hipotensji. /pismna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 643/.

Załoga karetki pogotowia, w tym lek. med. A. G. (1), przybyła do chorej o godzinie 1.00 w dniu 24 stycznia 2006 roku. Lekarz A. G. - kierownik zespołu ratowniczego - miał w zasadzie kwalifikacje lekarza systemu - specjalizację z medycyny wewnętrznej. Do chwili opublikowania Ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.), dopuszczenie do kierowania zespołem ratowniczym pozostawało arbitralną decyzją pracodawcy. Formalne określenie wymaganych kwalifikacji nastąpiło w art. 3 w/w ustawy, gdzie wskazano, że lekarzem systemu ratownictwa jest specjalista w zakresie medycyny ratunkowej, przy czym w art. 57 zastrzeżono, że „do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii.” Zgodnie więc z ustawą i wcześniejszą praktyką, lek. A. G. powinien mieć także kwalifikacje w udzielaniu pomocy na poziomie rozszerzonym. /pismna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 643/.

U małej M. K. (2) powinna być podjęta interwencja w postaci intubacji dotchawiczej, umiarkowanej hiperwentylacji, tlenoterapii. Powinna także zostać (ze względu na stan chorej) wprowadzona kaniula dożylna

celem ewentualnej interwencji farmakologicznej dla próby wstępnego leczenia farmakologicznego nadciśnienia śródczaszkowego. W 2006 roku wyposażenie karettek odbiegało od obecnego. Nie każda karetka była wyposażona w lek Mannitol, który służy do szybkiego obniżenia ciśnienia śródczaszkowego oraz poprawia krążenie mózgowe. W tym przypadku wskazane było podanie dziecku tego leku. Można też było wdrożyć inne leczenie farmakologiczne, które na pewno było dostępne w karetce, jak środki odwadniające, które także obniżyłyby nieco ciśnienie śródczaszkowe (dostępny w karetce Furosemid). Karetki o standardzie reanimacyjnym z pewnością były wyposażone Mannitol, również w 2006 roku. Mannitol jest lekiem postępowania standardowego przy rozpoznaniu wysokiego ciśnienia śródczaszkowego, choć jego podanie może być ryzykowne. W przypadku M. K. w karetce nie wdrożono żadnego postępowania farmakologicznego skoro nie założono wkłucia dożylnego, będącego jedyną drogą podania leków. / pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 644, pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z opinią uzupełniającą – k. 954, k. 1090, k. 1083 – 1084/.

Lek. A. G. nie podjął takiego postępowania, co należy uznać za błąd medyczny. A. G. podjął decyzję o natychmiastowym transporcie dziecka do szpitala na ostry dyżur neurochirurgiczny w Centrum Medycyny Ratunkowej we W.. Był to najbliższy ośrodek, w którym można było przeprowadzić diagnostykę i zabieg neurochirurgiczny. Oddech chorej był wydolny i nie było krytycznych zaburzeń krążenia ani ustania czynności oddechowej. W trakcie transportu stan dziecka pogarszał się, wystąpiło zatrzymanie krążenia i oddechu z powodu wklonowania mózdzku do otworu potylicznego. Podjęta decyzja o intubacji była słuszna - zaburzenia wentylacji i bezdech były bezwzględny wskazaniem do intubacji i oddechu zastępczego. Zapewnienie drożności dróg oddechowych bez intubacji, wobec całkowitej wydolności krążeniowo – oddechowej, było postępowaniem prawidłowym. Działanie to, w kontekście całokształtu sprawy, było jednak zdecydowanie spóźnione. Warunki do intubacji w czasie transportu w karetce pogotowia są zdecydowanie mniej korzystne niż w warunkach domowych. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 644, pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z opinią uzupełniającą – k. 954, k. 1090./.

Zasadniczą kwestią pozostaje pytanie o prawidłowość intubacji przez lek. A. G.. Intubacja wykonana nieprawidłowo, tj. umieszczenie rurki w przełyku, skutkujące brakiem wentylacji płuc przez około 20 minut, znacznie nasiliło istniejące już zmiany obrzękowe. Stan M. K. (2) był już nieodwracalny w zakresie możliwości przeprowadzenia należącego (neurochirurgicznego) i skutecznego leczenia w chwili przybycia do szpitala we W.. /pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z opinią uzupełniającą – k. 954, k. 1090/.

Ocena prawidłowości intubacji jest kwestią dość trudną zwłaszcza w warunkach, w jakich wykonywał ją w.w. Podstawowym kryterium prawidłowej intubacji jest uwidocznienie w świetle laryngoskopu wejścia do krtani i rurki intubacyjnej ułożonej pomiędzy strunami głosowymi. Dodatkowymi kryteriami są: osłuchiwanie szmerów oddechowych nad polami płucnymi i stwierdzenie ich symetrii i prawidłowości oraz inne cechy mogące przemawiać za nieprawidłowym umieszczeniem rurki - w przełyku. Objawami tymi są: wypełnianie się powietrzem żołądka oraz dźwięki wydobywające się z ust ratowanego (jak bulgotanie). W przypadku nieprawidłowego wprowadzenia rurki obserwuje się także ogólnoustrojowe następstwa w postaci narastającej sinicy i zaburzeń czynności serca. Prawidłowo wprowadzona i zabezpieczona rurka intubacyjna nie powinna ulec przemieszczeniu, a jeżeli wystąpiły zdarzenia, które by ją mogły wysunąć z tchawicy, powinno to zostać zauważone i jak najszybciej skorygowane. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 644/.

Ponadto tlenoterapia powinna być zastosowana u dziecka od początku podjęcia działań przez zespół pogotowia ratunkowego. Był to jeden z elementów nieprawidłowego postępowania lekarza pogotowia, choć nie pierwszoplanowy, który też miał wpływ na stan zdrowia dziecka. Ponadto dr A. G. nie miał kwalifikacji do intubacji dziecka. Zgodnie z zaleceniami, osoba nie posiadająca kwalifikacji do intubacji dziecka nie powinna się jej podejmować. Nie ma wprawdzie wymogu, aby do dziecka w wieku 8 lat, przyjechał zespół ratowniczy z lekarzem pediatrą, aczkolwiek w dużych ośrodkach miejskich organizowane są zespoły pediatryczne. Dr A. G. (nie dysponując stosowymi kwalifikacjami), w stanie w jakim zastał dziecko, czyli oddychające, ale wiotkie, nieprzytomne, powinien wspomagać wentylację przez maskę twarzową z workiem Ambu i tlenoterapię (o skuteczności takiej metody była mowa we

wcześniejszych ustaleniach). Biorąc pod uwagę czas transportu do szpitala, skuteczność leczenia farmakologicznego nie była wielka, zaś podstawą leczenia (na tym etapie) była umiarkowana hiperwentylacja z tlenoterapią. W czasie transportu doszło do zatrzymania oddechu, a to jest silne wskazanie do intubacji. Wtedy dr G. podjął intubację, którą wykonał do przełyku. Prawidłowo postępujący lekarz powinien zauważyć nieprawidłową intubację na podstawie objawów. Intubując do przełyku, doprowadził w zasadzie do zatrzymania oddechu u pacjenta. Przez obecność rurki w przełyku spontaniczna wentylacja zostaje zniesiona, pacjent pozostaje bez oddechu. W konsekwencji, na zatrzymanie krążenia miało wpływ nałożenie się postępującego procesu wewnątrzczaszkowego i bezdech. W mózgu następował proces, który doprowadził do ucisku pnia mózgu, z jednej strony na skutek wzrastającego ciśnienia śródczaszkowego w wyniku narastającego krwaka, a z drugiej z powodu obrzęku mózgu, wywołanego niedotlenieniem w następstwie bezdechu. To niedotlenienie zostało spowodowane nieprawidłowym postępowaniem lekarza A. G.. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 728 odw., 1089/. Wprowadzając rurkę intubacyjną do przełyku zamiast do tchawicy M. K. (2), lekarz A. G. spowodował całkowity brak wentylacji, co w istotny sposób pogorszyło stan dziecka i nakładając się na toczący się wewnątrzczaszkowy pourazowy proces uciskowy, doprowadziło do stanu zatrzymania krążenia.

Błędy popełnione przez lekarza (...) we W. dr A. G., spowodowały u M. K. (2) stan większego zagrożenia życia, niż wynikał z doznanego przez nią urazu. Nie można natomiast bezpośrednio wiązać popełnionych przez niego błędów, ze skutkiem w postaci zgonu dziecka. Przyczyną zgonu dziecka był uraz czaszkowo - mózgowy z narastającym ciśnieniem śródczaszkowym, które doprowadziło do wgłobienia mózgu w otwór potyliczny wielki i zatrzymanie krążenia. Prawidłowe postępowanie lekarskie lekarza pogotowia stworzyłoby natomiast szanse na uratowanie życia dziecka. Błędne postępowanie lekarza A. G. przyczyniło się do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i do szybszego wgłobienia mózgu oraz jego następstw. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 728 odw./.

Gdyby postępowanie lekarza Pogotowia było prawidłowe, M. K. (2), miałyby zdecydowanie większe szanse na przeżycie, choć jej stan, w momencie przyjazdu pogotowia, wykazywał cechy ciężkiego urazu czaszkowo - mózgowego. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 728 odw. - 729/.

Dziecko w tym stanie powinno jak najszybciej znaleźć się w oddziale zabiegowym (neurochirurgicznym lub chirurgicznym), przygotowanym do zabiegu odbarczenia pourazowego procesu uciskowego. Osoby po urazie czaszkowo - mózgowym, powinny być hospitalizowane w szpitalach, które mają możliwości diagnostyki i terapii tego rodzaju obrażeń, są to oddziały neurochirurgii lub, jeśli nie ma oddziału neurochirurgii, oddziały chirurgiczne. Lekarz pogotowia ratunkowego powinien mieć informacje, jaki oddział, w jakim szpitalu, jest przygotowany do hospitalizacji takich osób jak M. K. (2). Najkorzystniejszym byłoby wykonanie przedoperacyjnego badania tomografii komputerowej głowy, co pozwoliłoby operatorowi na określenie miejsca i rodzaju krwaka wewnątrzczaszkowego. Wynik takiego badania ma istotne znaczenie dla sprawności wykonanego zabiegu. W sytuacjach skrajnie ciężkich, z wyraźnymi cechami klinowania się mózgu, co obserwowano w końcowym okresie transportu M. K. i w Izbie Przyjęć Centrum Urazowego, należy zrezygnować z badań obrazowych i natychmiast przystąpić do zabiegu usuwania krwaka, nawet bez szczegółowej wiedzy o jego topografii. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. wraz z ustną opinią uzupełniającą – k. 645, k. 728 odw./.

Gdyby w odpowiednim czasie wykonano zabieg odbarczający krwiak wewnątrzczaszkowy, istniały szanse na przeżycie i być może ograniczenie skutków uszkodzenia neurologicznego, choć trudno określić procentowo jakby te szanse wyglądały. Wysoce prawdopodobne jest, że wystąpiłyby u chorej skutki neurologiczne, gdyż taki uraz czaszkowo-mózgowy nigdy nie pozostaje bez następstw, jednakże zakres tych skutków jest trudny do przewidzenia. Ponadto, dla skuteczności zabiegu operacyjnego, ważnym elementem jest czas. Gdyby zabieg chirurgiczny był wykonany wkrótce po godzinie 0.45, to mimo wystąpienia już wgłobienia pnia mózgu, możnaby liczyć na pozytywny wynik leczenia, ponieważ dziecko nie miało jeszcze bradykardii i tylko jedną poszerzoną żrenicę. Trudno przesądzić w sposób kategoriyczny na temat ewentualnych skutków neurologicznych, jednakże w przypadku dzieci szanse na pozytywny wynik leczenia neurologicznego są większe niż u osoby dorosłej. Szanse o godzinie 2.00 były już śladowe, gdyż miało

miejsce zatrzymanie krążenia i dołączył dodatkowy czynnik w postaci skutków nieprawidłowej intubacji. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – 728 – 729 odw., k. 1090/.

Postępowanie lekarza (...) we W. spowodowało załamanie jednej z podstawowych czynności życiowych, czyli oddychania i krążenia, choć nie ma też pewności, czy gdyby nawet lekarz A. G. wykonał wszystko prawidłowo, to dziecko trafiłoby do Szpitala we W. w stanie pozwalającym na uratowanie. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. – k. 1090/.

Krwiak nadtwardówkowy, rozpoznany w okresie, kiedy nie doszło do uszkodzenia pnia mózgu z powodu nadciśnienia śródczaszkowego i wklinowania pnia mózgu do otworu potylicznego, jest następstwem urazu głowy o dobrym rokowaniu. Śmiertelność z powodu krwiaka nadtwardówkowego, jako jedynego następstwa urazu (tak było w tym przypadku), przy udzielonym w należnym czasie leczeniu jest bliska zeru. W przypadku M. K. (2) leczenie operacyjne, nawet gdyby zostało podjęte po godzinie 1:55, po prawidłowym zdiagnozowaniu krwiaka, miało nikłe szanse na uratowanie życia. W dodatku chora skierowana została do szpitala, który nie dysponował wówczas sprawnym aparatem do diagnostyki obrazowej mózgowia i operacja musiałaby być podjęta na podstawie operacji zwiadowczej czaszki (nawiercenie otworów trepanacyjnych w okolicach skroniowych). Jak wynika z badania sekcyjnego, w najlepszym przypadku zdiagnozowanoby jedynie krwiak zlokalizowany w okolicy skroniowo-ciemieniowej. Dążenie do szerokiego płatowego otwarcia czaszki było jedynym możliwym sposobem odbarczenia mózgu (kraniotomia odbarczająca). Skuteczność takiej operacji w sytuacji, kiedy chora miała objawy uszkodzenia pnia mózgu w postaci szerokich areaktywnych źrenic, braku własnej czynności oddechowej i niewydolności krążeniowej pochodzenia mózgowego, nie dawała szans na uzyskanie odwracalności uszkodzenia mózgowia. Krwiak nadtwardówkowy u M. K. (2) został rozpoznany zbyt późno, aby w zaistniałej sytuacji można było przeprowadzić skuteczne leczenie. /pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – k. 954/.

Reasumując zatem, intubacja o godzinie 1:00 nie była konieczna, wystarczyło prawidłowe udrożnienie dróg oddechowych i tlenoterapia. Po chwili zatrzymania krążenia i ustania akcji oddechowej, w czasie transportu około godziny 1:30, intubacja była konieczna i decyzja podjęta przez dr A. G. była słuszna, (aczkolwiek jej wykonanie nieprawidłowe, o czym świadczy stwierdzenie położenia rurki w przelyku, a nie w tchawicy oraz obecność sinicy obwodowej), jednak jak wynika z dokumentacji sporządzonej post factum intubacja o godzinie 1:00 byłaby korzystniejsza, w tym przeprowadzona w warunkach domowych, co zmniejszyło ryzyko nieprawidłowo przeprowadzonego zabiegu. Leczenie operacyjne - usunięcie krwiaka nadtwardówkowego i odbarczenie mózgu stosowane przed godziną 1:00 w dniu 24 stycznia 2006 roku mogły doprowadzić do pełnego wyleczenia. Zastosowane leczenie operacyjne około godziny 1:00 – 1:30 (po zatrzymaniu krążenia w czasie transportu do Szpitala we W.) podjęte natychmiast miało szanse na utrzymanie przy życiu z dużym prawdopodobieństwem poważnych następstw w postaci ciężkiego kalectwa neurologicznego, w tym długotrwałym pozostawaniu w stanie wegetatywnym. Próba leczenia operacyjnego po godzinie 1:55 nie dawała szans na uratowanie życia dziecka zwłaszcza, że chora przybyła po co najmniej 20 minutowym okresie braku wentylacji płuc. Czynności ratunkowe, jakie mogłyby zwiększyć szanse na przeżycie dziecka lub uniknięcie powikłań, to zapewnienie drożności dróg oddechowych, tlenoterapia, leczenie farmakologiczne i rozpoczęcie leczenia operacyjnego przed godziną 1:00 w dniu 24 stycznia 2006 roku. Prawidłowa intubacja i wstępne leczenie farmakologiczne zwiększały szanse dziecka na późniejsze działania neurochirurgiczne /pisemna opinia biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z ustną oraz pisemną opinią uzupełniającą – k. 955, k. 1012, 1013, k. 1085/. W momencie przyjazdu pogotowia ratunkowego dziecko nie miało jeszcze objawów uszkodzenia pnia mózgu, zatem prawidłowe postępowanie w trakcie transportu zapobiegłoby objawom uszkodzenia pnia mózgu, w tym również takim jak zatrzymanie krążenia. W konsekwencji leczenie operacyjne i diagnostyczne podjęte w Szpitalu we W., dawałoby szanse na dobry wynik leczenia. Błędy lekarza A. G. miały wpływ na stan zdrowia dziecka i w konsekwencji zgon. /ustna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – protokół k. 1086 - 1087/.

Dziecko z objawami nadciśnienia śródczaszkowego i podejrzeniem krwiaka wewnątrzczaszkowego nie powinno być kierowane do szpitala, w którym nie mogło być w tym dniu wykonane badanie za pomocą tomografii komputerowej.

Odpowiedzialnym za skierowanie M. K. (2) do Szpitala we W., który nie dysponował sprawnym tomografem komputerowym, był dyspozytor stacji pogotowia ratunkowego. Kierując dziecko w tak ciężkim stanie do szpitala, dyspozytor powinien posiadać wiedzę, czy szpital pełniący ostry dyżur chirurgiczny, dysponuje sprawną aparaturą diagnostyczną. W niniejszej sprawie brak jednak informacji, czy Szpital we W. uprzedził dyspozytora (...), że nie dysponuje sprawnym tomografem komputerowym. Jednocześnie placówka wyrażająca zgodę na przyjęcie pacjenta, powinna dysponować sprawnym sprzętem diagnostycznym lub uprzedzić dyspozytora o konieczności wykonania badania w drodze do szpitala, w innej placówce. Stan dziecka i informacja, która powinna pochodzić od lekarza karetki, jednoznacznie wskazywały, że takie badanie TK będzie konieczne. /ustna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z uzupełniającą opinią pisemną – protokół k. 1083, k. 1010/.

Jeżeli wezwanie karetki przez rodziców obejmowało informację, że dziecko jest nieprzytomne i że wcześniej doznało urazu głowy, powinna zostać skierowana karetka reanimacyjna. O rodzaju wysyłanej karetki decyduje dyspozytor Pogotowia /ustna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z uzupełniającą opinią pisemną – protokół k. 1083 – 1084, k. 1090/.

Wysłanie do chorej transportu lotniczego nie skróciłoby czasu udzielenia pomocy, bowiem zdarzenie krytyczne wystąpiło w odległości 17 km od szpitala we W., zatem karetka, jako pojazd uprzywilejowany, pokonałaby ten dystans w podobnym czasie, ponadto śmigłowiec nie wylądowałby w samym szpitalu. Poza tym nie praktykuje się, aby dyspozytor pogotowia kierował do miejsca zdarzenia, czyli do miejsca zamieszkania pacjentki, transportu lotniczego. Nie wiadomo też, jaka w tym rejonie, w ówczesnym czasie, była organizacja transportu lotniczego, trudno przesądzić, czy lekarz pogotowia mógł wezwać transport lotniczy, po rozeznaniu sytuacji w miejscu zamieszkania pacjentki. /ustna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. – protokół k. 1084/.

Należy czas leczenia M. K. to okres natychmiast po przewiezieniu jej z domu do ośrodka z wydolną diagnostyką i możliwością leczenia chirurgicznego. Szpital nie posiadający możliwości przeprowadzenia i diagnostyki urazów czaszkowo - mózgowych (brak TK) nie powinien pełnić ostrego dyżuru neurochirurgicznego. Oddział, który pełni rolę ostrego dyżuru neurochirurgicznego, musi być wyposażony w sprawny tomograf lub mieć zawartą umowę z placówką, która taką aparaturą dysponuje. Nawet gdyby zatrzymano dziecko na obserwacji w Szpitalu w T., i tak nie udałoby się w tym Szpitalu przeprowadzić należytej diagnostyki i skutecznego leczenia neurochirurgicznego. Bez badania TK istniała możliwość uratowania życia dziecka, pod warunkiem, że dziecko byłoby poddane operacji neurochirurgicznej, bez objawów uszkodzenia pnia mózgu, które pojawiły się w czasie transportu. Natomiast, gdyby podczas obserwacji szpitalnej w T. stwierdzono niepokojące objawy, byłaby możliwość skierowania pacjentki na diagnostykę i leczenie do odpowiednio wyposażonej placówki. We W. funkcjonowały w tym czasie trzy oddziały neurochirurgiczne. Za brak sprzętu w szpitalu odpowiada jego dyrekcja lub właściciel, w zależności od statusu szpitala. Sam krwiał nie powoduje zgonu pod warunkiem, że istnieje możliwość zdiagnozowania jego obecności. Odbarczenie mózgu, bez wykonania diagnostyki obrazowej, jest na dzisiejszym etapie postępowania w urazach czaszkowo – mózgowych, postępowaniem archaicznym. Klasyczna trepanacja zwiadowcza czaszki wykonywana jest w okolicy skroniowej. W tym przypadku krwiał nadtwardówkowy o umiejscowieniu takim, jaki został wykryty w czasie badania sekcyjnego, nie mógłby zostać stwierdzony w czasie operacji zwiadowczej. Jednak krwiał, który spowodował u chorej uszkodzenie pnia mózgu, mógłby być wykryty i usunięty w drodze wykonania trepanacji zwiadowczej. Natomiast krwiał nadtwardówkowy, który ze względu na umiejscowienie nie mógłby być wykryty bez wykonania TK, niewykluczone, że wchłonąłby się samoczynnie. Krwiał wewnątrzczaszkowy został rozpoznany u M. K. w czasie autopsji, przyżyciowo nie został rozpoznany z powodu złej organizacji pomocy udzielanej chorej /ustna opinia uzupełniająca biegłego ad hoc z zakresu neurochirurgii S. K. wraz z uzupełniającą opinią pisemną – protokół k. 1085, k. 1012 - 1013/.

A. G. (1) udzielał pomocy chorej jako pracownik Pogotowia (...) Oddział w T..

I. S. (1) świadczył usługi medyczne w SOR w szpitalu w T. na podstawie umowy zlecenia /bezsporne, umowa zlecenia z dnia 09.09.2005r. – załączone akta szkodowe nr 2282/08/95, pismo (...) SA z 14.09.2007r. – k. 1080/.

M. K. (4) była uczennicą drugiej klasy szkoły podstawowej. Była bardzo pogodnym i ciepłym dzieckiem. Uczęszczała na lekcje tańca, który był jej pasją. Na nic nie chorowała. /zeznania powódki – k. 716/.

Powodowie mają jeszcze dwóch synów. W dacie śmierci siostry jeden miał 11 a drugi 5 lat. Po śmierci córki życie powodów uległo diametralnej zmianie. Każde święta, Dzień Dziecka czy dzień jej urodzin są dla nich bardzo trudne. Zawsze zostawiają dla niej puste miejsce przy stole. Do chwili obecnej nie zmienili wystroju w jej pokoju. Każdego dnia odwiedzają jej grób na cmentarzu, czują, że w ten sposób mogą coś dla niej zrobić. /zeznania powódki – k. 715 odw. - 716/.

Przed śmiercią córki powódka pracowała jako nauczycielka. Wypadek i śmierć dziecka nie miały bezpośredniego wpływu na wysokość zarobków powódki, jedynie przez 1,5 roku po śmierci córki, powódka nie kontynuowała awansu zawodowego. W dacie śmierci córki była nauczycielem mianowanym. Kolejnym szczeblem jest nauczyciel dyplomowany. Konieczne jest rozpoczęcie stażu, w czasie którego nauczyciel gromadzi dokumentację swojej pracy, angażuje się w różnego rodzaju projekty, przygotowuje olimpijczyków itp. Staż rozpoczyna się na wniosek nauczyciela z początkiem każdego roku szkolnego. Powódka rozpoczęła staż, by uzyskać tytuł nauczyciela dyplomowanego, po upływie ok. 1,5 roku po śmierci córki. Obecnie jest nauczycielem dyplomowanym. Różnica w zarobkach wynosi około 400 zł. brutto miesięcznie. W roku szkolnym 2004/2005 powódka przebywała na rocznym urlopie dla poratowania zdrowia, z powodów laryngologicznych. Jest to urlop płatny. Do pracy wróciła w roku szkolnym 2005/2006. Nie mogła od razu rozpocząć stażu, ponieważ po takiej przerwie konieczne jest przygotowanie planu rozwoju zawodowego, według którego realizuje się następnie ścieżkę kariery zawodowej. Powódka uczy języka polskiego w liceum ogólnokształcącym, w którym pracuje od 17 lat. Po śmierci córki dostała dużo wsparcia od współpracowników. Ponieważ wypadek wydarzył się w czasie ferii zimowych, powódka pozostała w domu do końca ferii, a następnie przebywała na zwolnieniu lekarskim przez okres tygodnia lub dwóch. /zeznania powódki – k. 716/.

Przed wypadkiem powódka ukończyła studia podyplomowe w kierunku szacowania nieruchomości, chciała rozwijać się zawodowo również w tym kierunku. Po śmierci córki zaniechała tej drogi. Nie była w stanie zaangażować się w praktykę, co wymagałoby dużej koncentracji i wyjazdów z domu. Musiałaby też zdać egzamin państwowy. Nie była w stanie w tamtym okresie zmierzyć się z takim wyzwaniem /zeznania powódki – k. 716/.

Po śmierci córki powódka korzystała ze wsparcia koleżanki z pracy, psychologa. Były to głównie rozmowy. Przez pewien czas, bezpośrednio po zdarzeniu, zażywała Relanium. Korzystała też ze stron internetowych poświęconych utracie bliskich. Nawiązała kontakt przez Internet z innymi rodzicami, będącymi w podobnej sytuacji, z którymi mogła się dzielić swoimi przeżyciami. Pisała listy do córki, które gromadziła w pudełku. W ten sposób mogła wyrazić swoje emocje, co przynosiło jej ulgę. /zeznania powódki – k. 716 odw./.

Obecnie powódka cierpi na bezsenność, z którą radzi sobie domowymi sposobami. Miewa stany lękowe, które ostatnio nasiliły się u niej w związku z chorobą syna. Chłopiec miał uszkodzone więzadło i przeszedł operację w tym samym szpitalu, w którym zmarła córka, co była dla powódki źródłem dodatkowego stresu. Powódka nie leczy się psychiatrycznie. W miejscowości, w której mieszkają powodowie, nie ma Poradni Zdrowia Psychicznego. Koszt wizyty prywatnej stanowi wydatek rzędu około 80 -150 zł. Dojazd do W. wiązałby się z kosztami, poza tym powódka musiałaby zwalniać się z pracy. /zeznania powódki – k. 716 odw./.

Powód przed wypadkiem pracował, jako przedstawiciel handlowy dla firmy kosmetycznej. Jego praca polegała na poruszaniu się po województwach (...) i (...) samochodem służbowym i odwiedzaniu sklepów, odbieraniu zamówień i przekazywaniu ich do hurtowni, która je realizowała. Obsługiwał bieżących klientów, mile widziane było pozyskiwanie nowych. Powód uzyskiwał stały dochód w kwocie 1.000 zł. plus VAT, dodatkowo otrzymywał prowizję od sprzedaży. Im wyższy był obrót, tym większa prowizja. Łącznie średni dochód powoda wynosił ok. 2.800 - 3.000 zł. miesięcznie. Od kwoty tej uiszczal podatek dochodowy, rozliczał się według książki przychodów i rozchodów, według stawki podatkowej od osób fizycznych. Po śmierci córki powód stał się obojętny, szybko wpadał w irytację, podczas, gdy jego praca wymagała kreatywności, komunikatywności i pozytywnych kontaktów z ludźmi. Po śmierci córki powód nie korzystał ze zwolnienia lekarskiego. Pozwolono mu nie pracować do końca lutego, z uwagi na zdarzenie. W tym

czasie uzyskiwał jedynie dochód w wysokości 1.000 zł. plus VAT. Do pracy wrócił w marcu 2006 roku, ale miał problemy z jej wykonywaniem, zdarzało się np., że nie wiedział gdzie jest, spóźniał się na umówione spotkania, nie zdążył odwiedzić wszystkich zaplanowanych punktów sprzedaży. Dochodziło do konfliktów z klientami, niezadowolonymi ze współpracy. Ponieważ zmniejszyła się sprzedaż, zmniejszyły się też dochody powoda, które wynosiły wtedy 1.400-1.500 zł. miesięcznie. Latem 2006r. powód został zwolniony z pracy. Poszukiwał zatrudnienia w tym samym zawodzie, jako handlowiec. Jesienią 2006r. znalazł pracę na podobnych warunkach, ale pracodawca nie rozliczał się z nim terminowo, dlatego jesienią 2007r. powód zerwał współpracę z nim. Podjął pracę u kolejnego pracodawcy w tym samym charakterze i pracował tam przez kolejne 1,5 roku. Został zwolniony, ponieważ nie spełniał oczekiwań pracodawcy z uwagi na niską sprzedaż. /zeznania powoda – k. 716 odw. – 717/.

Powód obecnie nie pracuje, zawiesił działalność gospodarczą i stara się nauczyć nowego zawodu, w tym celu uczęszcza na kursy zawodowe w zawodzie cieśla - dekarz. Nie jest zarejestrowany jako bezrobotny. /zeznania powoda – k. 716 odw. – 717/.

Z punktu widzenia psychiatry, w następstwie nagłej śmierci córki, powódka doznała silnego urazu psychicznego, znalazła się w przewlekłym stresie będącym skutkiem tego wydarzenia oraz wydarzeń późniejszych, wynikających z toczącej się sprawy sądowej. Po okresie ok. roku po śmierci córki u powódki trwała typowa reakcja żałoby, która później przybrała postać zaburzeń nerwicowych o obrazie adaptacyjnego zespołu depresyjno-lękowego, utrzymującego się do chwili obecnej i stanowiącego wskazania do terapii psychiatryczno-psychologicznej. Powódka formalnie nie korzystała dotychczas z takiego leczenia, była natomiast wspierana przez psychologa i stosowała środki uspokajająco-lękowe nie wymagające zapisu receptowego. Funkcjonowanie zawodowe powódki przebiegało bez poważniejszych zakłóceń /brak przerw w pracy/, jednak odbywało się to kosztem bardzo dużej mobilizacji wewnętrznej, koniecznej do kompensowania skutków zmniejszonej aktywności i pogorszonej wydolności i sprawności motywacyjno - emocjonalnej. W pierwszym okresie reakcji żałoby dominowały objawy przygnębienia i żalu, obecnie - obok utrzymującego się przygnębienia zaznaczone są objawy lęku przed określonymi sytuacjami /np. zachorowaniem, urazem, koniecznością kontaktów ze służbą zdrowia/, który zaczyna przybierać formę lęku uogólnionego. Rokowania na przyszłość należy uznać jako ostrożne m.in. ze względu na utrzymujące się stresogenne bodźce sytuacyjne w związku z toczącą się sprawą sądową. Reasumując, w następstwie śmierci córki u powódki rozwinęła się reakcja żałoby, która następnie przybrała postać nerwicowych zaburzeń depresyjno - lękowych. Stwierdzone dysfunkcje psychiczne stanowią wskazania do podjęcia specjalistycznego leczenia i skutkują zmniejszeniem aktywności oraz pogorszeniem sytuacji życiowej powódki. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychiatrii prof. J. K. – k. 659 – 660/.

Niespodziewana śmierć córki i towarzyszące temu wydarzeniu okoliczności stanowiły niewątpliwie silny uraz psychiczny dla obojga rodziców. U powoda reakcja żałoby przejawiała się głównie niemożnością sprawnego funkcjonowania zawodowego z powodu obniżonego samopoczucia, koncentrowania myśli na sprawach dotyczących tego wydarzenia, utraty motywacji do aktywności zewnętrznej, niezwiązanej ze sprawami dotyczącymi śmierci dziecka. Nasilenie objawów było znaczne w ciągu roku po śmierci córki, później stopniowo zmniejszało się. Poczucie straty i związane z nimi cierpienia psychiczne były i są „uaktywniane” w toku trwającej nadal sprawy sądowej oraz przez problemy wynikające z utraty pracy, które to wydarzenie powód łączy bezpośrednio ze skutkami reakcji żałoby. Z tych względów rokowanie na przyszłość należy określić jako umiarkowanie pomyślne, ponieważ długotrwałe utrzymywanie się nawet niezbyt silnie zaznaczonych objawów reakcji żałoby sprawia, że wzrasta zagrożenie wystąpienia zaburzeń nerwicowych najczęściej typu depresyjnego związanych z przewlekłym stresem, jakiego powód doznaje od roku 2006. Ryzyko to należy uznać za realne zwłaszcza, że powód nie korzystał z profesjonalnego wsparcia psychiatryczno-psychologicznego. Reasumując, nagła śmierć córki spowodowała u powoda wystąpienie reakcji żałoby trwającej w pełnoobjawowej postaci przez około rok i skutkującej zmniejszeniem aktywności oraz pogorszeniem jego sytuacji życiowej. Rokowania co do stanu psychicznego powoda w przyszłości należy uznać za umiarkowanie pomyślne. /pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu psychiatrii prof. J. K. – k. 664 – 665/.

U obojga powodów wystąpiła reakcja żałoby, w której dominowały zaburzenia typu depresyjnego, które są widoczne do chwili obecnej. Największe nasilenie tych objawów było w pierwszym roku po śmierci córki i w tym okresie istniały wskazania do stosowania leków przeciwdepresyjnych. Później nasilenie tych zaburzeń uległo zmniejszeniu.

Powodowie, w okresie pierwszych 12 miesięcy po zdarzeniu, nie leczyli się psychiatrycznie, choć prawdopodobnie istniały wskazania do systematycznego zażywania leków, a później do doraźnego ich zażywania. Obecnie bardziej zaznaczone objawy przygnębienia występują u powódki. Powódka powinna uczestniczyć w terapii, ale decyzję o wyborze, rodzaju technik terapeutycznych powinien podjąć lekarz prowadzący pacjentkę. Koszty terapii można wyliczyć w oparciu o przepisane leki. Leczenie w PZP jest bezpłatne. Są leki zarówno płatne jak i bezpłatne. Według nowych przepisów są leki na ryczałcie, leki odpłatne w 30%, 50 % i w 100% i całkowicie bezpłatne. Można wyliczyć koszt leczenia powódki, gdyby było wiadomo, jakie leki zostały jej przepisane. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu psychiatrii prof. J. K. – k. 715- 715 odw./.

W stosunku do powoda rokowania nie są niepomyślnie, ale nie są też pozytywne. Ta nie do końca pomyślna prognoza wynika z tego, że u powoda występują przedłużone objawy reakcji żałoby, po drugie wynika to z toczącej się sprawy sądowej od tylu lat, w toku, której analizowane są przyczyny śmierci córki. To jest przewlekły wieloletni stres, który podtrzymuje objawy. Trzecim powodem jest też to, że powód nie korzystał z profesjonalnego wsparcia psychologicznego, ani psychiatrycznego, co oznacza, że nie było prowadzone leczenie i to pogarsza sytuację. Gdyby podjął leczenie i zakończyłyby się procesy sądowe, są widoki na poprawę jego stanu zdrowia psychicznego i prognozy można by uznać za pomyślnie. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu psychiatrii prof. J. K. – k. 715 odw./.

U powódki mechanizm utrzymania się zaburzeń jest podobny, bo są to te same czynniki. Natomiast zaburzenia są u niej bardziej nasilone, bo oprócz objawów przygnębienia, występują też objawy lękowe. Podjęcie leczenia wiąże się z bardziej pomyślnymi rokowaniami na przyszłość. Te objawy wpływają niekorzystnie na funkcjonowanie w czynnościach życia codziennego i w życiu zawodowym. U powódki może to też skutkować postawą nadopiekuńczą. U powódki występuje potrzeba wzmożonej ochrony dzieci przed różnymi nieprzewidywalnymi zdarzeniami, głównie jednak chorobami lub urazami. U powódki nie było przerw w pracy spowodowanych długotrwałym zwolnieniem z powodu zaburzeń depresyjnych. Natomiast, jeśli chodzi o powoda, to w pierwszym okresie 12 miesięcy, kiedy reakcja żałoby była wyraźnie zaznaczona, miał on duże kłopoty w pracy, wykonywał obowiązki przedstawiciela handlowego i stracił pracę. Do tej pory nie może znaleźć stałego zatrudnienia, świadczy jedynie prace dorywcze. Nasilenie objawów nie zawsze musi wpływać w ten sam sposób na sytuację zawodową, bo powodowie mieli różnych pracodawców i różny charakter pracy. Powódka pracowała jako nauczycielka i miała wsparcie psychologa i koleżanek w pracy. Nie oznacza to, że powódka lepiej radziła sobie ze stresem niż mąż. /ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego z zakresu psychiatrii prof. J. K. – k. 715- 715 odw./.

W maju 2006 roku powodowie zakupili nowy samochód marki C. (...), gdyż poprzedni zepsuł im się. Samochód został zakupiony w kredycie za cenę ok. 55.000 zł. Powodowie wpłacili 20 % wartości samochodu, reszta została spłacona z kredytu zaciągniętego na 5 lat. Rata kredytu wynosiła około 1.000 zł miesięcznie. Po wyczerpaniu się oszczędności, gdyby nie pomoc rodziny, spłata kredytu byłaby niemożliwa. /zeznania powódki – k. 716 odw., zeznania powoda – k. 717/.

Po śmierci córki powód nie korzystał z pomocy lekarza. Powodowie mogli liczyć na wsparcie rodziny i znajomych, którzy odwiedzali ich, by porozmawiać z nimi i oderwać ich od złych myśli. Powód stał się bardzo obojętny, nie liczyło się dla niego jego zdrowie dlatego nie myślał o podjęciu leczenia psychiatrycznego. Codziennie rano odwiedza grób córki na cmentarzu, a potem idzie tam jeszcze raz z żoną. Wspomnienie zdarzenia wraca przy okazji spraw sądowych. /zeznania powoda – k. 717 – 717 odw./.

Koszt zakupu trumny, pochówku, nabożeństwa oraz miejsca na cmentarzu wyniósł ok. 4.000 zł. Do tego należy doliczyć koszt zakupu ubrań dla zmarłej i dla powodów oraz koszty pomnika z marmuru. Pomnik jest wykonany z różowego marmuru, bo córka lubiła różowy kolor. Pomnik kosztował około 10.000 zł. plus przejazdy do wykonawcy. Poczęstunek dla żałobników powodowie przygotowali z pomocą rodziny, w domu. Łącznie koszt pogrzebu wraz z pomnikiem, wyniósł około 15.000 zł. Powodowie otrzymali zasilek pogrzebowy oraz pieniądze z tytułu ubezpieczenia szkolnego, dziecko nie było ubezpieczone na życie. /zeznania powódki – k. 716 – 716 odw., zeznania powoda – k. 717/.

W dacie zdarzenia lekarz I. S. (1) miał zawartą umowę dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy w Towarzystwie (...) S.A. z sumą ubezpieczenia wynoszącą 100.000 zł /polisa nr (...) – załączone akta szkodowe nr 2282/08/95 /.

Powodowie zgłosili szkodę pozwanemu Towarzystwu (...) S.A. w W. pismem z dnia 3 sierpnia 2008r., nadanym w urzędzie pocztowym w dniu 6 sierpnia 2008r., domagając się zasądzenia na rzecz każdego z powodów kwot po 200.000 zł., tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę w związku ze śmiercią córki, kwot po 80.000 zł. odszkodowania z tytułu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej oraz 10.000 zł., tytułem zwrotu kosztów pogrzebu i nagrobka, wszystkie kwoty z ustawowymi odsetkami od daty wymagalności roszczenia do dnia zapłaty, płatne w terminie 30 dni.

W odpowiedzi na powyższe wezwanie pozwane towarzystwo ubezpieczeniowe, pismem z dnia 24 listopada 2008r., wskazało, iż nie znajduje podstaw do przyjęcia swojej odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenie i odmówiło wypłaty na rzecz powodów żądanych świadczeń. /zgłoszenie szkody wraz z potwierdzeniem nadania – k. 746 – 747odw., pismo pozwanego (...) SA z dnia 24.11.2008r. – k. 748 - 749/

Z analogicznym wezwaniem, w tej samej dacie, powodowie wystąpili do pozwanego SP ZOZ (...) we W. Oddział w T., zakreślając termin płatności na 14 dni.

W odpowiedzi na wezwanie (...) we W. także odmówiło wypłaty powodom żądanych roszczeń powołując się na brak przesłanki winy lekarza A. G. oraz związku przyczynowego między działaniami podjętymi przez zespół ratownictwa medycznego a zgonem córki powodów, /zgłoszenie szkody wraz z potwierdzeniem nadania – k. 750 – 751 odw., pisma (...) we W. z dnia 01.11.2008r. – k. 28, 752, k. 33 /.

Pozwany SP ZOZ (...) we W., w dacie zdarzenia, posiadało polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakładu opieki zdrowotnej w (...) S.A. w W. Inspektorat we W.. Suma gwarancyjna została określona na kwotę 100.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, w tym 50.000 Euro na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia /polisa nr (...) – k. 735 - 736/.

Pismem z dnia 9 września 2008r. strona powodowa dokonała zgłoszenia szkody pozwanemu (...) S.A. Wydziałowi (...)w Ł.. Ubezpieczyciel odmówił uznania swojej odpowiedzialności podnosząc, iż na podstawie dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej nie można jednoznacznie stwierdzić, iż zgon M. K. nastąpił wskutek nieprawidłowego zachowania lekarza pogotowia ratunkowego / pismo powodów z dnia 09.09.2008r. – k. 29 – 30, pismo (...) SA z dnia 03.09.2009r. – k. 31/.

Szpital im. (...)w T., w okresie obejmującym zdarzenie, ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym (...) SA. Suma gwarancyjna została określona w polisie na kwotę 500.000 zł, przy czym za jedno zdarzenie – 250.000 zł /polisa nr (...) – k. 1112 – 1113/.

Wyrokiem z dnia 22 października 2009r. Sąd Rejonowy w Trzebnicy II Wydział Karny uniewinnił I. S. (1) od zarzucanego mu czynu, oskarżonego o to, że w dniu 23 stycznia 2006r. w T., działając nieumyślnie, będąc lekarzem dyżurnym na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala im (...) w T., mając szczególny obowiązek opieki nad małoletnią M. K. (2), wiedząc iż spadła ona ze schodów w następstwie czego doznała urazu głowy, a następnie jednorazowo zwymiotowała i będąc, zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej, zobowiązanym do udzielenia jej pomocy medycznej, mimo niemożności oceny struktury kości oraz rozpoznania jakichkolwiek zmian pourazowych na wykonanym nieczytelnym zdjęciu RTG czaszki, nie zlecił powtórzenia badania z wykonaniem pełnego kompletu pourazowego, uznając, że brak jest złamań kości czaszki, w następstwie czego nie stwierdził złamania kości czaszki M. K. (2) i nie poddał jej obserwacji szpitalnej oraz nie zdiagnozował patologii śródczaszkowej, co zmieniłoby dalsze postępowanie diagnostyczno-lecznicze, co w konsekwencji doprowadziło do narażenia ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i jej śmierci w dniu 24 stycznia 2006 r. na skutek

urazu czaszkowo - mózgowego z następowym krwakiem nadtwardówkowym, to jest o czyn z art. 155 k.k. i art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.

W tym samym wyroku Sąd Rejonowy w Trzebnicy II Wydział Karny uznał drugiego z oskarżonych lekarzy, A. G. (1) za winnego tego, że w dniu 24 stycznia 2006 r. w O., działając nieumyślnie, będąc lekarzem karetki (...), mając szczególny obowiązek opieki nad nieprzytomną małąletnią M. K. (2), wiedząc iż jest ona po urazie głowy i będąc, zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej, zobowiązany do udzielenia jej pomocy medycznej, zaniechał natychmiastowej jej intubacji, a następnie po jej podjęciu założył rurkę intubacyjną w sposób nieprawidłowy, to jest do przeliku zamiast do dróg oddechowych narażając chorą na wzrost dwutlenku węgla i spadek tlenu, powodując gwałtowne nasilenie obrzęku mózgu, przez co naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, to jest o czyn określone w art. 160 § 3 k.k. i wymierzył mu karę jednego roku pozbawienia wolności warunkowo zawieszając jej wykonanie na okres dwóch lat próby /wyrok Sądu Rejonowego w Trzebnicy II Wydział Karny z dnia 22.10.2009r. w sprawie II K 193/07 – k. 53 – 54/.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu wyrokiem z dnia 9 marca 2010r. w sprawie IV Ka 42/10 wyrok Sądu Rejonowego w Trzebnicy, w odniesieniu do I. S. (1), uchylił do ponownego rozpoznania, zaś co do A. G. (1) zmienił zaskarżone orzeczenie poprzez orzeczenie dodatkowo zakazu wykonywania zawodu lekarza na okres jednego roku /wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 09.03.2010r. w sprawie IV Ka 42/10 – k. 581/.

W wyniku ponownego rozpoznania sprawy Sąd Rejonowy w Trzebnicy orzekł, iż I. S. (1) dopuścił się zarzucanego mu, wyżej opisanego, czynu i na podstawie art. 66 § 1 i 2 k.k. oraz art. 67 § 3 k.k. warunkowo umorzył wobec niego postępowanie karne na okres próby wynoszący jeden rok /odpis wyroku Sądu Rejonowego w Trzebnicy z dnia 03.08.2011r. w sprawie II K 208/10 – k. 621 – 622/.

Wyrokiem z dnia 18 stycznia 2012r. Sąd Okręgowy we Wrocławiu utrzymał w mocy wyżej opisany wyrok Sądu Rejonowego w Trzebnicy z dnia 3 sierpnia 2011r. /wyrok Sądu Okręgowego we Wrocławiu z dnia 18.01.2012r. w sprawie IV Ka 992/11 – k. 784 załączonych akt Sądu Rejonowego w Trzebnicy sygn. II K 208/18/.

Dokonując powołanych ustaleń faktycznych Sąd oparł się na powołanych dowodach, w szczególności: z dokumentów - nie budzących wątpliwości co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i nie kwestionowanych przez żadną ze stron, zeznaniach świadka I. S. (1), zeznaniach powodów oraz na opiniach biegłych sądowych lekarzy, które w pełni wyjaśniły konieczne do rozstrzygnięcia kwestie. Przedłożone przez biegłych opinie są wyczerpujące, rzetelne oraz udzielają jednoznacznych odpowiedzi na postawione pytania. Sporządzone zostały zgodnie z wymaganiami fachowości i niezbędną wiedzą medyczną.

Ustalenia w zakresie przyczyn zgonu małąletniej córki powodów oraz oceny prawidłowości postępowania lekarzy: I. S. (1) i A. G. (1), których postępowanie determinuje odpowiedzialność pozwanych w niniejszej sprawie, Sąd poczynił w oparciu o opinie biegłego sądowego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej dr W. K. oraz biegłego ad hoc neurochirurga S. K.. Opinie powołanych ekspertów w zakresie oceny postępowania A. G. (1) są zbieżne, różnią się natomiast co do oceny prawidłowości działania I. S. (1). Biegły ad hoc neurochirurg S. K. ocenił bowiem, iż postępowanie lekarza SOR Szpitala w T. było prawidłowe i odpowiadało algorytmowi postępowania po urazach głowy. Dr I. S. stwierdził lekki uraz czaszkowo - mózgowy, a przy takim urazie – według biegłego ad hoc S. K. - nie ma podstaw do wykonania TK głowy i zatrzymania pacjenta w szpitalu, nawet jeżeli jest to dziecko. Biegły wywodził zatem, że postępowanie dr I. S. mieściło się w zaleceniach postępowania w przypadku lekkich urazów głowy u dzieci. Dlatego nie ocenił zachowania tego lekarza w kategoriach błędu diagnostycznego, wskazując, iż mamy tu do czynienia z niepowodzeniem diagnostyczno – leczniczym, nie związanym z niewłaściwym postępowaniem, czy błędem medycznym. Diametralnie różne wnioski wynikają zaś z opinii biegłego sądowego W. K., który postępowanie I. S. (1) w sposób jednoznaczny ocenił jako nieprawidłowe, o czym szerzej mowa będzie w dalszej części niniejszego uzasadnienia. Mając jednak na uwadze, iż biegły sądowy dr W. K. jest specjalistą z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej, podczas, gdy biegły ad hoc posiada specjalizację wyłącznie z zakresu neurochirurgii, w ocenie Sądu, to właśnie biegły sądowy dr W. K., jest najbardziej kompetentną osobą do oceny postępowania lekarza w

oddziale ratunkowym i dlatego to jego ocena, a nie ocena specjalisty neurochirurga, jest bardziej miarodajna. Z tych też względów Sąd pominął opinię biegłego S. K. w zakresie oceny prawidłowości postępowania lekarza szpitalnego oddziału ratunkowego, przyjmując za podstawę ustaleń w tym zakresie opinię biegłego W. K..

Z uwagi na obowiązującą w procesie cywilnym zasadę bezpośredniości oddaleniu podlegał wniosek dowodowy pozwanego ad. 3 o dopuszczenie dowodu z prywatnej opinii lekarza prof. J. J. (1), sporządzonej w toku likwidacji szkody,

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Powództwo okazało się zasadne w całości co do roszczenia głównego i częściowo w zakresie odsetek.

Powodowie w niniejszej sprawie dochodzą odszkodowania z tytułu pogorszenia ich sytuacji życiowej na skutek śmierci dziecka, do której doszło na skutek błędu w sztuce lekarskiej personelu medycznego, ściślej lekarzy: I. S. (1), który w krytycznym dniu zajmował się dzieckiem w Szpitalu im.(...) w T. jako lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz A. G. (1) – pracownika pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) we W..

Ostatecznie w sprawie występowali trzech pozwani: 1/ (...) S.A. w W., w podwójnej roli – jako ubezpieczyciel pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) we W. oraz jako ubezpieczyciel Szpitala im.(...) w T., 2/ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) we W. oraz 3/ Towarzystwo (...) S.A. w W., udzielające ochrony ubezpieczeniowej lekarzowi I. S. (1).

Powództwo okazało się zasadne wobec każdego z w.w. pozwanych.

Na wstępie należy wskazać, iż w myśl art. 11 zd.1 k.p.c., ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Prejudycjalność wyroków karnych skazujących stanowi odstępstwo od zasady swobodnej oceny dowodów przez sędziego. Sąd cywilny związany jest jednak wyłącznie ustaleniami dotyczącymi popełnienia przestępstwa - a więc okolicznościami składającymi się na jego stan faktyczny, czyli osobą sprawcy, przedmiotem przestępstwa oraz czynem przypisanym oskarżonemu - które znajdują się w sentencji wyroku. Oznacza to, że sąd - rozpoznając sprawę cywilną - musi przyjąć, że skazany popełnił przestępstwo przypisane mu wyrokiem karnym, a skazany nie może się bronić, że nie popełnił przestępstwa, przypisanego mu prawomocnym wyrokiem (por. wyrok SN z dnia 14 kwietnia 1977 r., IV PR 63/77, Lex, nr 7928).

Związanie dotyczy, ustalonych w sentencji wyroku, znamion przestępstwa, a także okoliczności jego popełnienia, dotyczących czasu, miejsca, poczytalności sprawcy itp. Wszelkie inne ustalenia prawomocnego, skazującego wyroku karnego, wykraczające poza elementy stanu faktycznego przestępstwa, nie mają mocy wiążącej dla sądu cywilnego, nawet jeśli są zawarte w sentencji wyroku. Nie są również wiążące okoliczności powołane w uzasadnieniu wyroku. Sąd cywilny może więc czynić własne ustalenia w zakresie okoliczności, które nie dotyczą popełnienia przestępstwa, mimo że pozostają w związku z przestępstwem. Ustalenia te mogą różnić się od tych, których dokonał sąd karny (wyrok SN z dnia 17 czerwca 2005 r., III CK 642/04, Lex, nr 177207, oraz wyrok SN z dnia 6 marca 1974 r., II CR 46/74, OSP 1975, z. 3, poz. 63).

Stosownie do art. 11 k.p.c. zdanie drugie, osoba, która jest stroną w postępowaniu cywilnym, ale nie była oskarżona w procesie karnym może powoływać się w postępowaniu cywilnym na wszelkie okoliczności wyłączone lub ograniczające jej odpowiedzialność cywilną, poza obaleniem ustaleń co do popełnienia przestępstwa przez osobę skazaną. Przepis ten ma zastosowanie do osób, które mimo, iż nie były oskarżone w procesie karnym, ponoszą odpowiedzialność cywilną (na zasadzie odpowiedzialności za cudze czyny lub z tytułu ryzyka) za szkodę spowodowaną przestępstwem (por. wyrok SN z dnia 6 marca 1967 r., II CR 410/66, OSNC 1967, nr 10, poz. 178, z głosem K. Piaseckiego, PiP 1969, z. 1, poz. 206).

Podstawę przypisania odpowiedzialności pozwanemu ad. 1 oraz pozwanemu ad. 3 należy wywieść z dyspozycji art. 822 i nast. k.c. W § 1 przepis ten stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład

ubezpieczeń zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, względem których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo osoba, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o których mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia. W myśl § 4 uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Odpowiedzialność pozwanych towarzystw ubezpieczeniowych będzie zatem wchodziła w grę w razie zaistnienia określonego wypadku ubezpieczeniowego. W tym miejscu konieczne jest zatem przesądzenie odpowiedzialności ubezpieczanych placówek medycznych tj. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) we W. / będącego jednocześnie pozwany/ oraz Szpitala im. (...)w T., a w przypadku pozwanego ad. 3 – odpowiedzialności ubezpieczonego lekarza I. S..

Z kolei podstawę odpowiedzialności obu w.w. placówek medycznych tj. zarówno Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) we W. jak i Szpitala im. (...)w T. stanowi art. 430 k.c. statuujący odpowiedzialność - na zasadzie ryzyka - zwierzchnika za podwładnego. Stosownie do jego treści, 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 powierzonych jej czynności. Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu 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.). Zastosowanie art. 430 k.c. nie wymaga jakiegokolwiek winy zwierzchnika. Zwierzchnik odpowiada na zasadzie ryzyka i nie może się ekskulpować, wskazując na brak winy w nadzorze lub w wyborze. Co do zasady zwierzchnik z podwładnym ponoszą solidarną odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez podwładnego. Zasada solidarnej odpowiedzialności doznaje wyjątku w stosunkach pracy. Zgodnie z art. 120 k.p., w razie wyrządzenia szkody przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych, zobowiązany do jej naprawienia jest wyłącznie pracodawca. Wobec pracodawcy pracownik odpowiada tylko do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia (art. 119 k.p.). Judykatura wskazała, że art. 120 k.p. wprowadza wyłom w zasadach przyjętych w kodeksie cywilnym przez odebranie osobie trzeciej (poszkodowanemu) czynnej legitymacji materialnoprawnej w stosunku do sprawcy szkody, gdyż do naprawienia szkody w takim układzie zobowiązany jest wyłącznie zakład pracy. Przepis ten wychodzi poza ramy regulacji określonej art. 1 k.p. i wkracza tylko o tyle w unormowanie prawa cywilnego, o ile ustanawia wyłączną legitymację bierną zakładu pracy wobec poszkodowanej osoby trzeciej (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 12 czerwca 1976 r., III CZP 5/76, OSNCP 1977, nr 4, poz. 61).

W stanie faktycznym niniejszej sprawy lekarz A. G. (1) udzielający pomocy medycznej córce powodów był pracownikiem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) we W., dlatego ewentualna odpowiedzialność pozwanego ad. 2 na podstawie art. 430 k.c. nie budzi jakichkolwiek wątpliwości. Jak bowiem wynika z ugruntowanego piśmiennictwa lekarz może być uznany za podwładnego w pełnym zakresie, ponieważ podlega ogólnoorganizacyjnemu kierownictwu zakładu leczniczego, a czynności lecznicze wykonuje na rachunek zakładu. Dotyczy to zarówno publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak i niepublicznych, jeżeli lekarz działa na rachunek zakładu.

Natomiast drugi z lekarzy udzielający pomocy medycznej M. K. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala im. (...) w T. - I. S. (1) - zatrudniony był w w.w. placówce medycznej w oparciu o umowę zlecenia, toteż w niniejszej sprawie nie znajdzie zastosowania art. 120 k.p. Na okoliczność tę powoływał się pozwany ad. 1 wskazując, że w tej sytuacji zwolniony jest na podstawie art. 429 k.c. (który to przepis miałby być podstawą jego odpowiedzialności w tym przypadku) z uwagi na brak winy w wyborze. W tym miejscu wskazać jednak należy, iż praktyka orzecznicza szeroko określa ramy dla relacji zwierzchnik – podwładny i uznaje istnienie stosunku podległości, kierując się

często potrzebą ochrony istotnych interesów osób poszkodowanych. Dotyczy to zwłaszcza przypadków, gdy czynności powierzone zostały osobom, których aktywność wiąże się zazwyczaj z działaniem twórczym, podlegającym własnej, swobodnej ocenie, w dużym stopniu niezależnym od decyzji innych podmiotów (lekarze, prawnicy, badacze) i nie polega na ścisłym podporządkowaniu poleceniom, dotyczącym powierzonej czynności. Zważywszy na istniejące ryzyko wyrządzenia szkody, w orzecznictwie i doktrynie dominuje wykładnia rozszerzająca zakres zastosowania art. 430 k.c., uznająca ogólne podporządkowanie („organizacyjne”) sprawcy szkody powierzającemu za wystarczające dla kwalifikacji danej relacji w kategoriach zwierzchnik – podwładny. Szczególnie istotne znaczenie społeczne ma interpretacja stosunku podległości właśnie w sprawach o naprawienie szkody wyrządzonej przy świadczeniu usług leczniczych. Mimo samodzielności lekarzy, dokonujących czynności diagnostycznych i terapeutycznych, powszechnie przyjmuje się na podstawie art. 430 k.c. odpowiedzialność jednostek organizacyjnych, na rachunek których lekarze wykonują te czynności (por. wyrok SN z 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, OSP 1967, poz. 220). Istotne znaczenie dla relacji zwierzchnik – podwładny ma okoliczność, że podwładny nie jest w wykonywaniu danych czynności samodzielny. Przy czym przyjmuje się, że podporządkowanie podwładnego należy rozumieć szeroko, jako zależność ogólnorganizacyjną. Zakres zwierzchnictwa może być różny w odniesieniu do różnych osób, bowiem podwładnym może być pracownik wykonujący proste czynności (robotnik), jak i osoba, mająca duży zakres samodzielności (właśnie lekarz, inżynier). Argumentem przesądającym za odpowiedzialnością z art. 430 k.c. zawsze będzie okoliczność, że dana czynność była podejmowana w interesie i na rachunek własny zwierzchnika. Stosunkiem podporządkowania obejmuje się działania podwładnych, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji (np. zatrudnieni lekarze decydujący w zakresie diagnozy i terapii), a nawet mogą oni faktycznie nie stosować się do poleceń swego zwierzchnika (wyrok SN z dnia 12 maja 1999 r., II CKN 325/98, niepubl.).

W świetle powyższych rozważań, w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy, przyjąć należy, iż podstawą odpowiedzialności Szpitala im. (...) w T. stanowić będzie nie przepis art. 429 k.c. lecz również art. 430 k.c., mimo świadczenia usług medycznych przez lekarza I. S. w w.w. placówce medycznej w oparciu o umowę zlecenia. Powyższe sprawia, że podniesiona przez pozwanego ad. 1 okoliczność braku winy w wyborze pozbawiona jest doniosłości prawnej.

Dla powstania odpowiedzialności na podstawie powołanych wyżej przepisów konieczne jest nadto ustalenie winy lekarzy – I. S. i A. G.- w znaczeniu subiektywnym tj. podmiotowej zarzucalności ich działania. Błąd lekarski jest zawiniony subiektywnie, jeżeli stanowi następstwo niedbalstwa, tj. niedołożenia przez lekarza należytej staranności w działaniu. W celu oceny ewentualnej odpowiedzialności za wyrządzoną pacjentowi szkodę zbadać zatem należy, czy lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby nie dopuścił się niedbalstwa (zachował wymaganą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danym czasie i okolicznościach metody i środki działania), mógłby uniknąć błędu i tym samym nie doprowadzić do powstania negatywnych następstw na zdrowiu pacjenta. Oceniając tę kwestię należy mieć na uwadze treść art. 355 k.c. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że błędem lekarskim jest postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Sąd Najwyższy w orzeczeniu dnia 1 kwietnia 1955 r. w sprawie IV CR 39/54 (OSN 1957, poz. 7) skonstatował, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym.

Przesłankami odpowiedzialności jest również wystąpienie szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem, a powstałą szkodą. Normalny związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. pomiędzy określonym zdarzeniem a szkodą zachodzi wówczas, gdy w danym układzie stosunków i warunków oraz w zwyczajnym biegu rzeczy, bez zaistnienia szczególnych okoliczności, szkoda jest normalnym następstwem tego rodzaju zdarzeń. Związek przyczynowy może występować, jako normalny również w sytuacji, gdy pewne zdarzenie, stworzyło warunki do powstania innych zdarzeń, z których dopiero ostatnie stało się bezpośrednią przyczyną szkody. Nawet pośredni związek przyczynowy pomiędzy wadliwym działaniem lub zaniechaniem a szkodą może uzasadniać odpowiedzialność za szkodę. /zob. wyrok SN z dnia 6.04.2011r. I CSK 459/10/. W prawie polskim przyjmuje się teorię adekwatnego związku przyczynowego, co oznacza, że zobowiązany do naprawienia szkody ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła (art. 361 § 1 k.c.). W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem zakładu leczniczego, a powstałą

szkodą został ustalony w sposób pewny. Na powstanie szkody ma lub może mieć bowiem wpływ wiele czynników. Należy zatem ustalić stopień prawdopodobieństwa. Dla ustalenia istnienia związku przyczynowego wystarczające jest prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie było przyczyną szkody.

W niniejszej sprawie przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało wysokie prawdopodobieństwo istnienia takiego związku.

Oceniając postępowanie lekarza I. S. (1), Sąd oparł się na wnioskach wynikających z opinii biegłego sądowego dr. W. K., w świetle której postępowanie I. S. było nieprawidłowe. Przede wszystkim niewłaściwą była jego decyzja o odstąpieniu od hospitalizacji dziecka, celem poddania go obserwacji przez wykwalifikowany personel i ograniczeniu badań dodatkowych. Nadto posiadane przez niego kwalifikacje i staż zawodowy nie upoważniały go do pełnienia samodzielnie obowiązków lekarza dyżurnego SOR. Pomijając poprawność decyzji organizacyjno - personalnych w szpitalu, lek. I. S. powinien mieć świadomość ograniczonego stopnia swoich kompetencji i doświadczenia, co powinno skutkować szczególną ostrożnością w podejmowaniu decyzji. W ocenie stanu dziecka przez tego lekarza brak było istotnej informacji o wysokości, z której doszło do upadku, wykonane badanie RTG czaszki było złe technicznie i nie zostało opisane przez specjalistę radiologa, tak więc wartość wyniku tego badania można uznać za znikomą. Decyzja o odesłaniu dziecka do domu była postępowaniem niewłaściwym, gdyż mimo prawidłowego stanu klinicznego i braku neurologicznych objawów procesu uciskowego - wobec nieznanej energii urazu, krótkiego okresu pomiędzy urazem a badaniem, nie uzyskania wiarygodnego wyniku badania RTG czaszki, obserwowanych wymiotów oraz niedostatecznych kwalifikacji zawodowych lek. I. S. - należało podjąć decyzję o hospitalizacji dziecka i obserwacji w warunkach oddziału szpitalnego ze szczególną oceną stanu świadomości i wystąpienia objawów neurologicznych oraz celem wykonania badania TK głowy i szyjnego odcinka kręgosłupa, w razie pojawienia się pierwszych niepokojących symptomów. Z kolei, biorąc pod uwagę brak dostępnego badania TK w SOR, zwłaszcza wobec niewiarygodnego i mało czułego badania RTG czaszki, należało ewentualnie skierować dziecko do szpitala dysponującego stosownym sprzętem diagnostycznym, a co najmniej pozostawić w Szpitalu w T. i poddać wnikliwej obserwacji. Trudno jednoznacznie ocenić, w jakim stopniu nieprawidłowe postępowanie dr I. S. przyczyniło się do zgonu dziecka, z pewnością jednak spowodowało u dziecka stan większego zagrożenia zdrowia i życia. Na marginesie jedynie wskazać należy, iż dodatkową okolicznością obciążającą sam Szpital a mającą istotny wpływ na podjęcie złej decyzji przez lekarza I. S., były wady organizacyjne Szpitala tj. zatrudnienie lek. I. S., jako lekarza dyżurnego SOR, mimo braku odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, niedostateczna sprawność aparatury do badań RTG oraz brak możliwości opisu badania RTG przez specjalistę radiologa.

Podobnie niewłaściwe było postępowanie drugiego z lekarzy A. G. (1), który udzielał pomocy M. K. (2), jako pracownik SP ZOZ (...) we W.. Wina w.w. lekarza została zresztą przesądzona prawomocnym wyrokiem karnym skazującym, wiążącym Sąd w niniejszej sprawie. Także z opinii biegłych powołanych w niniejszej sprawie wynika niezbicie, iż można z dużym prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością, przyjąć, że lek. A. G. popełnił błąd wprowadzając rurkę intubacyjną do przełyku zamiast do tchawicy M. K. (2). Spowodował tym całkowity brak wentylacji, co w istotny sposób pogorszyło stan dziecka i, nakładając się na toczący się wewnątrzczaszkowy pourazowy proces uciskowy, doprowadziło do stanu zatrzymania krążenia. Poza tym dr A. G. nie miał kwalifikacji do intubacji dziecka. W takiej sytuacji, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, osoba nie posiadająca kwalifikacji do intubacji dziecka nie powinna się jej podejmować. Błędy popełnione przez lekarza (...) dr A. G. spowodowały u M. K. (2) stan większego zagrożenia życia, niż wynikał z doznanego przez nią urazu. Błędne postępowanie lekarza Pogotowia przyczyniło się do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i do szybszego wgłobienia mózgu i jego następstw. Prawidłowo postępujący lekarz powinien zauważyć nieprawidłową intubację, na podstawie objawów. Tlenoterapia powinna być zastosowana u dziecka od początku podjęcia działań przez zespół Pogotowia (...). Był to jeden z elementów nieprawidłowego postępowania lekarza Pogotowia, aczkolwiek nie pierwszoplanowy, który też miał wpływ na stan zdrowia dziecka. Gdyby postępowanie lekarza Pogotowia było prawidłowe, M. K. (2), miałyby zdecydowanie większe szanse na przeżycie, choć jej stan, w momencie przyjazdu Pogotowia, wykazywał cechy ciężkiego urazu czaszkowo - mózgowego. Jednakże, gdyby szybko wykonano zabieg odbarczający krwakię wewnątrzczaszkową, istniały szanse na przeżycie i być może ograniczenie skutków uszkodzenia neurologicznego, choć trudno określić procentowo jakby te szanse wyglądały.

Wysocze prawdopodobne jest, że wystąpiłyby u chorej skutki neurologiczne, jednakże zakres tych skutków jest trudny do przewidzenia. Nie mniej, prawidłowe postępowanie lekarskie lekarza (...) stworzyłyby szanse na uratowanie życia dziecka.

Reasumując zatem szkoda w niniejszej sprawie pozostaje w związku przyczynowym z zaniedbaniami popełnionymi przez personel obu placówek medycznych, zarówno (...) we W. jak i Szpitala im. (...)w T., poprzez niedochowanie reguł sztuki medycznej. Działając zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i aktualną wiedzą medyczną można było zapobiec tragicznemu skutkowi w postaci śmierci dziewczynki. Postępowanie podwładnych obu przywołanych placówek służby zdrowia, aczkolwiek podejmowane na różnych etapach rozwoju skutków urazu i w efekcie wyznaczających inne algorytmy postępowania, odbiegało od wzorca powinnego zachowania, wobec czego należało uznać, iż było ono obarczone zawinionymi błędami lekarskimi. Zastosowali oni bowiem nieprawidłowy sposób, najpierw diagnozowania, a potem leczenia pacjentki, rozmiągający się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej, nie dokładając należytej staranności do wykonywanych obowiązków. Zaistniała szkoda powstała przy wykonywaniu powierzonych czynności, gdyż ściśle związana była z leczeniem pacjentki, będąc wynikiem zaniechań oraz niewłaściwych działań lekarzy u obu podmiotów. Postępowanie lekarzy stanowiło łączną przyczynę diametralnego pogorszenia stanu zdrowia córki powodów, skutkującego zgonem. Nie można było wprawdzie z całą pewnością uznać, że gdyby działania lekarzy, zwłaszcza zespołu karetki Pogotowia, były prawidłowe, to jest gdyby pacjentka została prawidłowo zaintubowana, to nadal by żyła, jednak prawidłowa intubacja i wstępne leczenie farmakologiczne zwiększały szanse dziecka na późniejsze działania neurochirurgiczne. Faktem zaś było, że na skutek zaniedbań lekarzy stan pacjentki stał się w krótkim czasie bardzo poważny, nie dając jej najmniejszych szans na wyleczenie, a nawet na utrzymanie czynności życiowych. Okoliczność, iż w momencie przywiezienia M. K. do szpitala we W., doszło do zatrzymania krążenia, a następnie wystąpiły liczne objawy śmierci mózgowej w wyniku śmierci pnia mózgu, nie miała już większego znaczenia, albowiem w tym czasie, narastające wcześniej, skutki urazu, były na tyle zaawansowane, że podejmowane czynności lecznicze mogły mieć i miały już jedynie charakter przeciwdziałania kolejnym objawom utraty funkcji życiowych, a nie usuwania ich przyczyn. W konsekwencji należało uznać, iż pozwani ponoszą odpowiedzialność cywilnoprawną za szkody, jakich powodowie doznali na skutek śmierci córki.

Mając to wszystko na uwadze uzasadnione jest przyjęcie odpowiedzialności wszystkich pozwanych, przy czym ich odpowiedzialność jest solidarna. W sytuacji bowiem gdy kilka osób odpowiada za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym – ich odpowiedzialność jest solidarna. Jako warunki zastosowania art. 441 § 1 k.c. wskazuje się wyrządzenie szkody czynem niedozwolonym, jedność szkody, za którą ponoszą odpowiedzialność wszystkie podmioty oraz związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. między szkodą a zdarzeniem ją powodującym, za które to zdarzenie każdy ze współodpowiedzialnych ponosi odpowiedzialność. Odpowiedzialność solidarna sprawców szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym istnieje wówczas gdy działania poszczególnych sprawców się zająbiają i każdy z nich byłby odpowiedzialny za szkodę samodzielnie (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 21 listopada 1995 r., I ACr 659/95, OSA 1996, z. 11-12, poz. 62). Odpowiedzialność solidarna osób odpowiadających za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym będzie zachodziła bez względu na to, czy odpowiedzialność ta oparta będzie na zasadzie winy, na zasadzie ryzyka czy na zasadzie słuszności (wyrok SN z dnia 7 czerwca 1982 r., IV CR 188/82, LEX nr 8428), niezależnie od tego, czy oparta jest na tych samych, czy też różnych podstawach (wyrok SN z dnia 23 marca 1965 r., I CR 41/65, OSNPG 1965, nr 10, s. 51).

Solidarność przewidziana w art. 441 § 1 k.c. nie przewiduje wyjątków od zasady solidarnej odpowiedzialności kilku osób, które wyrządziły szkodę czynem niedozwolonym. Nie jest więc dopuszczalne dowodzenie wobec poszkodowanego, że jedna z tych osób przyczyniła się do szkody w mniejszym stopniu niż inna. Bez znaczenia pozostaje zatem ewentualne zróżnicowanie stopnia i wagi nieprawidłowości w działaniu każdego z pozwanych. (por. m.in. wyrok SN z 2 grudnia 1970 r., II CR 542/70, OSNCP 1971, z.9, poz. 153).

Nadto solidarna współodpowiedzialność kilku podmiotów na podstawie art. 441 § 1 k.c. dotyczy przypadków, gdy konsekwencją ich zachowania jest jedna szkoda. Ma ona miejsce wówczas, gdy w sferze dóbr prawnie chronionych poszkodowanego nie można oznaczyć (wydzielić) uszczerbków wywołanych zachowaniami poszczególnych podmiotów, za nie odpowiadających. Innymi słowy, szkoda jest z natury niepodzielna (np. krzywda) lub nie jest

możliwe przypisanie poszczególnym podmiotom uszczerbku, który złożył się na całość szkody doznanej przez poszkodowanego, innymi słowy gdy udział sprawców w jednym delikcie przesądzi o niemożności podziału wywołanych nim skutków (por. wyrok SN z 20 listopada 2002 r., II CKN 859/00, LEX nr 78881, wyrok SN z dnia 4 stycznia 2012r. III CSK 174/11, wyrok SN z dnia 20.11.2002r., II CKN 859/00, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14.09.2012r. I ACa 694/12,).

W stanie faktycznym niniejszej sprawy mamy do czynienia z wielością czynów niedozwolonych, których konsekwencją była śmierć dziecka. Jak wynika z opinii biegłych, trudno jednoznacznie ocenić, w jakim stopniu nieprawidłowe postępowanie dr I. S. przyczyniło się do zgonu dziecka, z pewnością jednak postępowanie w.w. lekarza spowodowało u dziewczynki stan większego zagrożenia zdrowia i życia. Podobnie, trudno kategorycznie ocenić stopień przyczynienia się do szkody lekarza zespołu Pogotowia (...), nie mniej jednak, gdyby postępowanie A. G. było prawidłowe, M. K. miałyby zdecydowanie większe szanse na przeżycie, mimo, iż jej stan w momencie przyjazdu Pogotowia wykazywał cechy ciężkiego urazu czaszkowo - mózgowego. W świetle powyższych rozważań niewątpliwym jest, że - mimo wielości czynów niedozwolonych - doznana przez powodów szkoda na skutek śmierci córki jest szkodą niepodzielną ze swej natury, zaś ewentualne zróżnicowanie stopnia i wagi nieprawidłowości w działaniu każdego z pozwanych pozostaje bez wpływu na przyjęcie ich odpowiedzialności solidarnej.

Po przesądzeniu zasady odpowiedzialności pozwanych, rozważenia wymaga także zgłoszony przez pozwanego ad. 1 zarzut przedawnienia roszczenia powodów skierowanego przeciwko (...) SA, jako ubezpieczyciela Szpitala (...)w T..

Odnosząc się do tego zarzutu trzeba przypomnieć, że art. 442¹ k.c., dodany przez art. 1 pkt 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 80, poz. 538), wszedł w życie - równocześnie z uchynieniem art. 442 k.c. - z dniem 10 sierpnia 2007 r. Zgodnie z art. 2 tej ustawy, do roszczeń o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym, powstałych przed dniem 10 sierpnia 2007 r., a według przepisów dotychczasowych w tym dniu jeszcze nieprzedawnionych, stosuje się art. 442¹ k.c. W realiach niniejszej sprawy śmierć dziewczynki nastąpiła w dniu 24 stycznia 2006r. zatem w dniu 10 sierpnia 2007 r. roszczenie powodów z pewnością nie było jeszcze przedawnione, w związku z czym zarzut przedawnienia należy oceniać w świetle art. 442¹ k.c. Według § 1 tego artykułu, podobnie jak w myśl uchylonego art. 442 § 1 k.c., roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. W art. 442¹ k.c. dodano § 3, zgodnie z którym w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Dla oceny zarzutu przedawnienia istotne jest uzyskanie wiedzy o dwóch faktach, po pierwsze, o szkodzie, po drugie, o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Wymaganie ustalenia chwili, w której poszkodowany dowiedział się o osobie obowiązanej do naprawienia szkody, dotyczy przy tym konkretnej szkody i poszkodowanego. Chodzi oczywiście nie o chwilę, w której poszkodowany uzyskał jakąkolwiek wiadomość na temat sprawy, lecz o chwilę uzyskania takich informacji, które - oceniając obiektywnie - pozwalają z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa przypisać sprawstwo konkretnemu podmiotowi. Poszkodowany powinien przy tym zachować się w swoich sprawach w sposób zapobiegliwy i dolożyć starań o uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia przesłanek odpowiedzialności za doznaną szkodę (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 10 kwietnia 2002 r., IV CKN 949/00, nie publ., z dnia 13 stycznia 2004 r., V CK 172/03, nie publ., z dnia 21 lipca 2004 r., V CK 687/03, nie publ., z dnia 3 marca 2005 r., II CK 468/04, nie publ., z dnia 17 maja 2006 r., I CSK 176/05, nie publ. i z dnia 27 października 2010 r., V CSK 107/10, nie publ.).

W realiach niniejszej sprawy wybór w zakresie ustalenia podmiotu obowiązanego do naprawienia szkody był ograniczony do dwóch placówek medycznych, a okoliczności znane powodom w dacie składania pozwu nie przesądzały, z którym z nich mogą łączyć obowiązek naprawienia szkody. W ocenie Sądu zasadnym jest przyjęcie, że o odpowiedzialności Szpitala (...)w T., w związku z postępowaniem lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego dr I. S. (1), powodowie dowiedzieli się w zasadzie w toku niniejszego procesu, w związku z uzupełniającą opinią wydaną przez biegłego W. K., co miało miejsce w czerwcu 2013r. Można zatem przyjąć, że dopiero z tą datą powodowie uzyskali

wiarygodną, rzetelną i obiektywną informację pozwalającą z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa przypisać winę lekarzowi I. S. (1), które determinuje odpowiedzialność Szpitala w T.. W tej sytuacji uznać zatem należy, że rozszerzenie podstawy faktycznej żądania skierowanego przeciwko pozwanemu ad. 1, również jako ubezpieczycielowi Szpitala im (...)w T. w dniu 20 marca 2014r. nastąpiło przed upływem terminu przedawnienia.

Niezależnie od powyższego, nawet gdyby uznać, że w niniejszej sprawie doszło do przedawnienia roszczenia powodów, w ocenie Sądu podniesienie przez pozwanego ad. 1 zarzutu przedawnienia stanowi nadużycie prawa. Po nowelizacji kodeksu cywilnego ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. (Dz. U. Nr 55, poz. 321) w orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażony został pogląd, że kolizję wartości przejawiającej się w pewności stosunków prawnych, chronionej instytucją przedawnienia, oraz wartości, jaką stanowi prawo pokrzywdzonego do uzyskania ochrony prawnej naruszonego dobra, można w wyjątkowych wypadkach rozwiązywać za pomocą klauzuli zawartej w art. 5 k.c. Sąd może zatem nie uwzględnić upływu przedawnienia dochodzonego roszczenia, jeżeli podniesienie przed dłużnika zarzutu przedawnienia nastąpiło w okolicznościach objętych hipotezą art. 5 k.c. (zob. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1993 r., III CZP 8/93, OSNC 1993, Nr 9, poz. 153). Stanowisko to znalazło wyraz w licznych późniejszych orzeczeniach i obecnie można już uznać je za utrwalone (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 1997 r., I CKN 323/97, OSNC 1998, Nr 5, poz. 79, z dnia 7 czerwca 2000 r., III CKN 522/99, nie publ., z dnia 28 czerwca 2000 r., IV CKN 278/00, nie publ., z dnia 27 czerwca 2001 r., II CKN 604/00, OSNC 2002, Nr 3, poz. 32, z dnia 8 listopada 2002 r., III CKN 1115/00, nie publ., z dnia 2 kwietnia 2003 r., I CKN 204/01, nie publ. i z dnia 7 listopada 2003 r., V CK 399/02, nie publ. oraz uchwałę Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., III CZP 84/05, OSNC 2006, nr 7-8, poz. 114).

Sąd Najwyższy podkreślał jednak, że stosując art. 5 k.c. trzeba mieć na względzie szczególny charakter tego przepisu, wynikający z użycia w nim klauzul generalnych. Przy ocenie, czy zarzut przedawnienia stanowi nadużycie prawa, rozstrzygające znaczenie mają okoliczności konkretnego wypadku, zachodzące po stronie poszkodowanego oraz osoby zobowiązanej do naprawienia szkody. W szczególności ma znaczenie charakter uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany, przyczyna opóźnienia w dochodzeniu roszczenia i czas jego trwania. Możliwość zastosowania art. 5 k.c. nie zawsze jednak musi być wiązana z negatywną oceną zachowania osoby zobowiązanej do naprawienia szkody, przejawiającego się w utrudnianiu wcześniejszego dochodzenia roszczenia przez poszkodowanego (zob. np. uzasadnienie uchwały Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 2006 r., III CZP 84/05). Artykuł 5 k.c. odnosi się do nagannego czynienia użytku z prawa już istniejącego, a więc do jego realizacji. Ta zaś może kolidować z zasadami współzycia społecznego niekiedy tylko ze względu na położenie, w jakim znajduje się osoba, w stosunku do której tę realizację się podejmuje.

Transponując powyższe zasady na grunt okoliczności faktycznych sprawy stwierdzić należy, iż wystąpienie przez pozwanego ubezpieczyciela Szpitala w T. z zarzutem przedawnienia stanowi sprzeczność z zasadami współzycia społecznego. Uwzględnienie bowiem tego zarzutu, w ocenie Sądu, godziłoby w podstawowe zasady etycznego i uczciwego postępowania. W sprawie nie można bowiem pominąć sytuacji, w jakiej znaleźli się powodowie po nieoczekiwanej i nagłej stracie najbliższej im osoby, (do której, jak wykazało postępowanie dowodowe przeprowadzone w rozpoznawanej sprawie, wcale nie musiało dojść, jeśli zważyć, że stan w jakim znajdowało się dziecko w momencie pierwszego kontaktu pacjentki z placówką służby zdrowia, tj. Szpitalem w T., zainicjowanej zresztą przez powodów, których reakcja na wypadek córki była natychmiastowa i słuszna, dawał bardzo duże szanse na pełne wyleczenie, pod warunkiem jednak wdrożenia prawidłowej diagnostyki), w szczególności zaś ich złej kondycji psychicznej, wywołanej szokiem po przeżytej traumie. Po śmierci córki życie powodów uległo diametralnej zmianie, powodowie zaabsorbowani byli organizacją na nowo swego życia rodzinnego, w swych działaniach nie koncentrowali się na dążeniu do uzyskania należnego odszkodowania, co, w ocenie Sądu, w wystarczającym stopniu usprawiedliwia ich zwłokę w wytoczeniu powództwa, tym bardziej, że opóźnienie w skierowaniu roszczenia przeciwko pozwanemu ad. 1, także jako ubezpieczycielowi Szpitala w T. nie było nadmierne.

Materialnoprawną podstawę żądań powodów stanowi natomiast przepis art. 446 § 3 k.c. Zgodnie z jego treścią, w brzmieniu obowiązującym w chwili zdarzenia, tj. przed dodaniem par. 4, Sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji

życiowej. W świetle powołanego przepisu najbliższymi członkami rodziny są przede wszystkim osoby połączone pokrewieństwem i więzami krwi, przy czym stosowne odszkodowanie należy się członkom najbliższej rodziny zmarłego poszkodowanego (a nie każdej osobie bliskiej), do kręgu której należy zaliczyć przede wszystkim małżonka, dzieci, oraz rodziców zmarłego. Nie ulega wątpliwości, że powodowie należą do grona osób najbliższych zmarłej M. K. (2).

Celem samego odszkodowania jest zrekompensowanie szkód o charakterze majątkowym, w postaci niepomyślnych skutków ekonomicznych, wynikłych ze śmierci osoby bliskiej poszkodowanego, które nie ulegają wyrównaniu na innych podstawach, z tym że zgodnie z powołanym przepisem wynagrodzone może być jedynie znaczne pogorszenie sytuacji życiowej. Odszkodowanie z tytułu pogorszenia sytuacji życiowej o którym mowa w przepisie art. 446 k.c., w brzmieniu sprzed nowelizacji, ma charakter kompensacji uszczerbku majątkowego, chociaż jego elementy nie są precyzyjnie wymierne i wymagają uwzględnienia całokształtu okoliczności wpływających na znaczne pogorszenie sytuacji życiowej osoby bliskiej / zob. orz. SN z 4. września 1967 r., I PR 23/67, opubl. OSP 1/69 poz. 5; orz. SN z 18 grudnia 1968 r., opubl. PiP 11/69 str. 918. Celem odszkodowania przyznanego na podstawie art. 446 § 3 k.c. ma być zrekompensowanie rzeczywistego znacznego pogorszenia sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny zmarłego, nie może być ono natomiast źródłem wzbogacenia się tych osób /por. orz. SA w Poznaniu z 29 marca 1994 r., I ACr 758/93, opubl. Wok. 8/94, Nr 8, s. 52/. Domaganie się precyzyjnego dowodu co do wielkości szkody majątkowej związanej z pogorszeniem sytuacji życiowej osób bliskich nie jest jednak uzasadnione /por. orz. SN z 4 czerwca 1998 r., II CKN 852/97, opubl. OSNC 11/98, poz. 196/. Samo odszkodowanie obejmuje więc szkody, które nie są uwzględniane przy zasądzeniu renty. Na gruncie tego przepisu chodzi o szeroko pojęte szkody majątkowe, prowadzące do znacznego pogorszenia sytuacji życiowej osoby najbliższej. Pogorszenie sytuacji życiowej polega przede wszystkim na pogorszeniu aktualnej sytuacji majątkowej, ale również odnosi się do utraty realnej możliwości polepszenia warunków życia w przyszłości. Według ugruntowanego poglądu, przy ocenie znacznego pogorszenia sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny zmarłego, jako przesłanki odszkodowania z art. 446 § 3 k.c. należy brać pod uwagę ogół czynników mających wpływ na ukształtowanie sytuacji życiowej tych osób, w szczególności również cierpienia psychiczne, jeżeli wywołują reperkusje w sferze materialnej. W wyroku z 8 maja 1969 r., II CR 114/69, opubl. OSNC 7 – 8/70 poz. 129 SN stwierdził, że pogorszeniem jest również doznanie silnego wstrząsu psychicznego na skutek tragicznej śmierci osoby najbliższej, co pociąga za sobą osłabienie aktywności życiowej, zmniejszenie zarobków i zwiększenie wydatków na leczenie lub na pomoc innych osób.

Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej, o którym mowa w art. 446 § 3 k.c. obejmuje niekorzystne zmiany bezpośrednio w sytuacji materialnej najbliższych członków rodziny zmarłego, jak też zmiany w sferze dóbr niematerialnych, które rzutują na ich sytuację materialną. Sam ból, poczucie osamotnienia, krzywdy i zawiedzionych nadziei po śmierci osoby bliskiej nie stanowią podstawy do żądania odszkodowania. Jeśli jednak te negatywne emocje wywołały chorobę, osłabienie aktywności życiowej i motywacji do przezwyciężania trudności dnia codziennego, to, bez szczegółowego dociekania konkretnych zdarzeń lub stopnia ich prawdopodobieństwa, można, na zasadzie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.) przyjąć, że pogorszyły one dotychczasową sytuację życiową osoby z najbliższego kręgu rodziny zmarłego. Prawidłowa wykładnia określenia „stosowne odszkodowanie” w art. 446 § 3 k.c. powinna uwzględniać nie tylko okoliczności konkretnej sprawy, ale także wartość ekonomiczną odszkodowania. Musi się ono wyrażać taką kwotą, która odczuwalna jest jako realne, adekwatne przysporzenie zarówno przez uprawnionego jak i z obiektywnego punktu widzenia uwzględniającego ocenę większości rozsądnie myślących ludzi. /tak SN w wyroku z 30 czerwca 2004 r., IV CK 445/03, opubl. Legalis, por. także wyrok SN z 15 października 2002 r., II CKN 985/00 opubl. Legalis/. Ocena ta nie może odnosić się wyłącznie do stanu z dnia śmierci poszkodowanego, ale musi prowadzić do porównania hipotetycznego stanu odzwierciedlającego sytuację, w jakiej w przyszłości znajdowałiby się bliscy zmarłego, do sytuacji w jakiej znajdują się w związku z jego śmiercią /por. wyrok SA w Katowicach z dnia 19 kwietnia 2001 r., I Aca 23/2001, opubl. Wokanda 7-8/ 2002 str.77/. Użyty w art. 446 § 3 k.c. zwrot "znaczne pogorszenie sytuacji życiowej" należy więc odczytywać nie tylko w materialnym aspekcie zmienionej sytuacji bliskiego członka rodziny zmarłego, ale w szerszym kontekście, uwzględniającym przesłanki pozaekonomiczne określające tę sytuację, np. utratę oczekiwania przez osobę poszkodowaną na pomoc i wsparcie członka rodziny, których mogła ona zasadnie spodziewać się w

chwilach wymagających takich zachowań, zwłaszcza w razie choroby (por. wyrok SN z dnia 3 grudnia 2010r., I PK 88/10, LEX nr 737254; wyrok SN z dnia 2 grudnia 2009 r., I CSK 149/09, Legalis).

W ocenie Sądu w niniejszej sprawie zostały spełnione przesłanki określone w powołanym przepisie. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na stwierdzenie, że na skutek śmierci M. K. (2) po stronie powodów nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Nie ulega wątpliwości, że na skutek przedmiotowego zdarzenia powodowie utracili najbliższą im osobę, która była a także byłaby w przyszłości dla nich radością, oparciem i pomocą. Nie bez znaczenia jest przy tym fakt, że utrata pomocy materialnej, jak również wsparcia życiowego - służenia radą, obecnością, troską, jakich powodowie mogliby oczekiwać w przyszłości od swojej córki jest nieodwracalna. Kolejnym elementem składającym się na znaczne pogorszenie sytuacji życiowej powodów jest utrata przez nich osobistych starań córki w okresie starości, czy zniechęcenia. Na skutek nagłej śmierci M. K. (2) runęły wszystkie plany i marzenia powodów, jakie z nią wiązali. Konieczne jest również zwrócenie uwagi na ujemne przeżycia powodów. Dla każdego człowieka śmierć osoby najbliższej jest jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń. W przypadku powodów śmierć córki bezpośrednio przełożyła się na pogorszenie ich codziennego funkcjonowania, ponieważ popadli oni w taki stan psychiczny, w trakcie którego zmalała ich cała aktywność życiowa. Powodowie byli silnie związani ze swoją córką M. K. (4). Jej nagła śmierć była poważnym urazem psychicznym dla obojga rodziców. Powodowie załamali się po śmierci córki i utracili swą dotychczasową radość życia, do chwili obecnej odczuwają przygnębienie. Bardzo brakuje im córki. Z punktu widzenia psychiatry, w następstwie nagłej śmierci córki, powódka doznała silnego urazu psychicznego, znalazła się w przewlekłym stresie będącym skutkiem tego wydarzenia oraz wydarzeń późniejszych, wynikających z toczącej się sprawy sądowej. Po okresie ok. roku po śmierci córki u powódki trwała typowa reakcja żałoby, która później przybrała postać zaburzeń nerwicowych o obrazie adaptacyjnego zespołu depresyjno-lękowego, utrzymującego się do chwili obecnej i stanowiącego wskazania do terapii psychiatryczno-psychologicznej. Rokowania na przyszłość należy uznać jako ostrożne m.in. ze względu na utrzymujące się stresogenne bodźce sytuacyjne w związku z toczącą się sprawą sądową. Reasumując, w następstwie śmierci córki u powódki rozwinęła się reakcja żałoby, która następnie przybrała postać nerwicowych zaburzeń depresyjno - lękowych. Stwierdzone dysfunkcje psychiczne stanowią wskazania do podjęcia specjalistycznego leczenia i skutkują zmniejszeniem aktywności oraz pogorszeniem sytuacji życiowej powódki. Wprawdzie same cierpienia nie dają podstawy do przyznania odszkodowania, lecz w niniejszej sprawie te negatywne przeżycia powodów znalazły swoje odzwierciedlenie w życiu codziennym. Powódka przez około półtora roku po śmierci córki nie była w stanie kontynuować awansu zawodowego, który wymagał podjęcia stażu w celu uzyskania tytułu nauczyciela dyplomowanego. Staż taki podjęła dopiero po upływie półtora roku po śmierci dziecka. Tymczasem różnica w uposażeniu pomiędzy nauczycielem mianowanym a dyplomowanym wynosi ok. 400 zł brutto. Doznana zatem w związku z tym materialna szkoda po stronie powódki jest oczywista. Ponadto powódka zaprzestała rozwoju zawodowego w innym kierunku, mianowicie w zakresie zdobycia kwalifikacji z dziedziny szacowania nieruchomości. Pomimo ukończonych w tym kierunku studiów podyplomowych, po śmierci dziecka nie była w stanie zaangażować się w praktykę, gdyż to wymagałoby od niej dużej koncentracji oraz wyjazdów z domu. Musiałaby też przystąpić do egzaminu państwowego, czemu w tamtym okresie nie była w stanie sprostać.

Niespodziewana śmierć córki i towarzyszące temu wydarzeniu okoliczności stanowiły niewątpliwie silny uraz psychiczny dla obojga rodziców. U powoda reakcja żałoby przejawiała się głównie niemożnością sprawnego funkcjonowania zawodowego z powodu obniżonego samopoczucia, koncentrowania myśli na sprawach dotyczących tragicznego wydarzenia, utraty motywacji do aktywności zewnętrznej, niezwiązanej ze sprawami dotyczącymi śmierci dziecka. Poczucie straty i związane z nimi cierpienia psychiczne były i są „uaktywniane” w toku trwającej nadal sprawy sądowej oraz przez problemy wynikające z utraty pracy, które to wydarzenie powód łączy bezpośrednio ze skutkami reakcji żałoby. W pierwszym okresie 12 miesięcy, kiedy reakcja żałoby była wyraźnie zaznaczona, powód miał duże kłopoty w pracy. Wykonywał w tym okresie obowiązki przedstawiciela handlowego i przed wypadkiem uzyskiwał z tego tytułu dochód w wysokości ok. 2.800 zł – 3.000 zł miesięcznie. Kiedy wrócił do pracy po śmierci dziecka, w marcu 2006 roku, miał problemy z jej wykonywaniem, zdarzało się np., że nie wiedział gdzie jest, spóźniał się na umówione spotkania, nie zdążał odwiedzić wszystkich zaplanowanych punktów sprzedaży. Dochodziło do konfliktów z klientami, niezadowolonymi ze współpracy. Ponieważ zmniejszyła się sprzedaż, zmniejszyły się też dochody powoda, które wynosiły wtedy 1.400-1.500 zł miesięcznie. Latem 2006r. powód został zwolniony z pracy. Poszukiwał zatrudnienia w

tym samym zawodzie, jako handlowiec. Jesienią 2006r. znalazł pracę na podobnych warunkach, ale pracodawca nie rozliczał się z nim terminowo, dlatego jesienią 2007r. powód zerwał współpracę z nim. Podjął zatrudnienie u kolejnego pracodawcy w tym samym charakterze i pracował tam przez kolejne 1,5 roku. Został zwolniony, ponieważ nie spełniał oczekiwań pracodawcy z uwagi na niską sprzedaż. Powód do chwili obecnej nie może znaleźć stałego zatrudnienia, świadczy jedynie prace dorywcze.

W gruncie rzeczy doszło więc do powstania takich następstw w sferze psychicznej powodów, które negatywnie oddziałują na wszystkie sfery życia. Sąd nie ma wątpliwości, że śmierć bliskiej osoby jest sytuacją obiektywnie stresogenną, traumatyczną, a tym bardziej śmierć dziecka. Dla matki i ojca nie ma bardziej tragicznego przeżycia niż śmierć dziecka, zwłaszcza taka, do której nie musiało dojść. Jak to zaznaczono już wcześniej art. 446 § 3 k.c., w brzmieniu z daty zdarzenia, a więc przed nowelizacją, która wprowadziła w § 4 powołanego przepisu zadośćuczynienie za śmierć osoby bliskiej, stanowi środek naprawienia szkód majątkowych, które nie ulegały wyrównaniu na innych podstawach, trudnych do wyliczenia, wśród których przepisy prawa obowiązujące w tym czasie, nie przewidywały zadośćuczynienia. Z tych względów sfera zastosowania tego przepisu nie może ograniczać się tylko do szkód mających charakter materialny, wymierny, ale obejmuje również te, które nie mając ściśle charakteru materialnego, stanowią wyraźne i obiektywne pogorszenie sytuacji życiowej danej osoby w świecie zewnętrznym. Materiał zgromadzony w sprawie wskazuje, że pogorszenie sytuacji życiowej powodów dotyczy zarówno warunków materialnych, ale wyraża się także w cierpieniach moralnych, które z całą pewnością wpływają na pogorszenie sytuacji, osłabiają sprawność, energię życiową, czy też wolę podejmowania nowych wyzwań zawodowych. Przejawia się to w osamotnieniu i prowadzeniu w pewnym stopniu wymuszonego trybu życia. Ostatecznie, uznając, że nastąpiło znaczne pogorszenie sytuacji życiowej powodów Sąd zasądził na ich rzecz odszkodowanie w kwotach przez nich żądanych, które, w ocenie Sądu, odpowiadają zakresowi, w jakim pogorszyła się ich sytuacja życiowa po śmierci córki.

W myśl art.359 par.1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art.481 par.1 k.c., zgodnie z którym dłużnik, który nie spełnia świadczenia w odpowiednim terminie dopuszcza się opóźnienia i wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego.

Stosownie do treści art.455 k.c. roszczenie wierzyciela wobec dłużnika staje się wymagalne wraz z nadejściem terminu do spełnienia świadczenia. Jeżeli termin ten nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.

Należy podkreślić, że roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym staje się wymagalne dopiero po wezwaniu dłużnika do wykonania świadczenia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 1973 r. I CR 55/73, niepublikowane).

Z charakteru świadczenia, którego wysokość ze swej istoty jest trudno wymierna i zależna od szeregu okoliczności związanych z następstwami zdarzenia szkodowego, wynika, że obowiązek jego niezwłocznego spełnienia powstaje po wezwaniu dłużnika i że od tego momentu należą się odsetki za opóźnienie.

Dłużnik ma obowiązek spełnić świadczenie pieniężne w chwili, gdy wskazana została jego wysokość i dopiero od tej chwili można mówić o „świadczeniu pieniężnym” w rozumieniu art. 481 k.c. Dla prawidłowego określenia daty początkowej płatności odsetek konieczne jest ustalenie, przy zastosowaniu zasad art. 481 § 1 k.c., jaka część ze zgłoszonych roszczeń była zasadna co do wysokości w dacie ich wymagalności. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 19 września 1995 r., I ACr. 393/95, OSA 1995/9/66)

Na wstępie niniejszych rozważań również wskazać należy, iż strona powodowa żądała w pozwie zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia, poczynając od 16 października 2008r., jednak nie uzasadniła w jakikolwiek sposób tak oznaczonej daty wymagalności zgłoszonych roszczeń. Z kolei w piśmie procesowym, zawierającym wniosek o dopozwanie SP ZOZ (...) we W. i TU (...)S.A. w W., zgłosiła żądanie zasądzenia odsetek za

opóźnienie od dopozwanych poczynając od dnia 6 września 2008r. do dnia zapłaty, powołując się na zgłoszenia szkody skierowane do w.w podmiotów. /k.744-745/

Zgłoszenie szkody pozwanemu ad. 1, jako ubezpieczycielowi SP ZOZ (...) we W., w postępowaniu likwidacyjnym, miało miejsce w piśmie datowanym na dzień 9 września 2009r. /k. 29/, jednak nie zawierało ono oznaczenia wysokości dochodzonego roszczenia. Pismo (...) S.A. informujące o odmowie przyjęcia odpowiedzialności nosi datę 3 września 2009r. /k.31/ W tym stanie rzeczy należało uznać, że pozwany ad. 1, jako ubezpieczyciel SP ZOZ (...) we W., pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia dochodzonego pozwem od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu, w którym to dopiero nastąpiło sprecyzowania żądań powodów co do wysokości, co nastąpiło w niniejszym procesie w dniu 22 grudnia 2010r. /k.234/, czyli poczynając od 23 grudnia 2010r.

Pozwany ad. 2 SP ZOZ (...) we W., dowiedział się o szkodzie i wysokości roszczeń powodów, opiekujących na kwoty po 80.000 zł., tytułem odszkodowania za pogorszenie się sytuacji życiowej oraz 10.000 zł. za poniesione koszty pogrzebu i nagrobka, w dacie doręczenia mu pisma datowanego na dzień 3 sierpnia 2008r., nadanego w Urzędzie Pocztowym w dniu 6 sierpnia 2008r. /k.750; k.751v./ A zatem roszczenie w zakresie kwoty dochodzonych w postępowaniu przedsądowym stało się wymagalne, wobec tego pozwanego, z dniem 28 sierpnia 2008r., czyli po upływie 7 dni, liczonych na dotarcie korespondencji do adresata (do 13 sierpnia 2008r.) oraz kolejnych 14 dni, wyznaczonych treścią wezwania do zapłaty, na uczynienie zadość żądaniom poszkodowanych, liczonych od otrzymania odpisu pisma, tj. do 27 sierpnia 2008r. Mając powyższe na uwadze o odsetkach za opóźnienie w spełnieniu świadczenia przez pozwanego ad.2, w zakresie kwot dochodzonych w postępowaniu przedsądowym, należało orzec zgodnie z żądaniem pozwu, tj. od 6 września 2008r. (pismo w przedmiocie dopozwania – k. 745) Natomiast w zakresie zasądzonych kwot odszkodowania przekraczających wysokość roszczeń zgłoszonych w piśmie z dnia 3 września 2008r., odsetki za opóźnienie należą się od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu, na skutek dopozwania, co nastąpiło w dniu 28 czerwca 2012r. /k 767/, a zatem poczynając od 29 czerwca 2012r.

Z kolei zgłoszenie szkody pozwanemu ad. 3, (...) S.A. z siedzibą w W. (jako ubezpieczycielowi lekarza I. S. (1)), w postępowaniu likwidacyjnym, miało miejsce w piśmie datowanym na dzień 3 sierpnia 2008r. /k. 746/, nadanym w Urzędzie Pocztowym w dniu 6 sierpnia 2008r. (potwierdzenie nadania k.747v.) i obejmowało żądanie zasądzenia, tytułem odszkodowania za pogorszenie się sytuacji życiowej powodów, kwot po 80.000 zł. oraz 10.000 zł. za poniesione koszty pogrzebu i nagrobka, w terminie 30 dni od otrzymania pisma. Zgłoszenie szkody wpłynęło do ubezpieczyciela – pozwanego ad.3, w dniu 8 sierpnia 2008r. /k.27 zał. akt szkodowych/

Ubezpieczyciel winien zlikwidować szkodę w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia szkody, a zatem w dniu 7 września 2008r. Jednak, w przypadku, gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia w tym terminie było niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia tych okoliczności. W rozpoznawanej sprawie uzupełnienie zgłoszenia szkody o dodatkowe, żądane, informacje nastąpiło w dniu 24 października 2008r., a zatem od dnia następnego po upływie 14 dni, liczonych od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, o nastąpiło w dniu 7 listopada 2008r., tj. od dnia 8 listopada 2008r. pozwany ad.3 pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczeń dochodzonych w postępowaniu likwidacyjnym. Natomiast w zakresie zasądzonych kwot odszkodowania przekraczających wysokość roszczeń zgłoszonych w piśmie z dnia 3 września 2008r. - w toku przedsądowej likwidacji szkody, odsetki za opóźnienie należą się od dnia następnego po doręczeniu odpisu pozwu, na skutek dopozwania, co nastąpiło w dniu 27 czerwca 2012r. /k 769/, a zatem poczynając od 28 czerwca 2012r.

Solidarna odpowiedzialność wszystkich pozwanych względem powodów obejmuje zasądzoną należność główną wraz z odsetkami za opóźnienie w spełnieniu świadczenia za okresy opóźnienia wspólne dla każdego(lub niektórych) z zobowiązanych, natomiast za okresy opóźnienia w wypłacie odszkodowania, wynikłe z własnych działań (zaniechań) każdego z pozwanych, zobowiązani ponoszą odpowiedzialność samodzielnie.

Przechodząc do analizy zgłoszonego przez powodkę żądania zwrotu kosztów pogrzebu i nagrobka w łącznej wysokości 15.000 zł, Sąd uznając je za w pełni usprawiedliwione, zarówno co do zasady, jak i wysokości, uwzględnił je w

całości. Zgodnie z art. 446 § 1 k.c., jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł. Roszczenie o zwrot kosztów leczenia i pogrzebu przysługuje każdemu kto faktycznie je poniósł, bez względu na to czy należy do kręgu osób bliskich zmarłego czy nie. Koszty pogrzebu obejmują wydatki odpowiadające zwyczajom panującym w środowisku, do jakiego zmarły należał, tradycjom i zwyczajom lokalnym.

Jak wynika z poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych koszt zakupu trumny, pochówku, nabożeństwa oraz miejsca na cmentarzu wyniósł ok. 4.000 zł. Do tego należy doliczyć koszt zakupu ubrań dla zmarłej i dla powodów, koszty pomnika z marmuru w wysokości ok. 10.000 zł oraz koszty poczęstunku dla żałobników. Łącznie koszt pogrzebu wraz z pomnikiem, wyniósł około 15.000 zł. W ocenie Sądu dochodzona przez powódkę z tego tytułu kwota nie odbiega od powszechnie przyjętych zwyczajów.

O odsetkach od zasądzonej kwoty tytułem zwrotu kosztów pogrzebu i pochówku Sąd orzekł na podstawie art. 481 §1 k.c., ustalając terminy wymagalności i zakres odpowiedzialności każdego z pozwanych analogicznie jak w przypadku odszkodowania z art. 446 par.3 k.c., biorąc pod uwagę daty i wysokość roszczeń z tego tytułu kierowanych do każdego z pozwanych.

W pozostałym zakresie żądanie powodów z tytułu odsetek za opóźnienie w spełnieniu dochodzonego niniejszym pozwem świadczenia należało uznać za bezpodstawne i jako takie oddalić.

Odpowiedzialność pozwanego ad. 1 wynika z zawartej z pozwanym ad. 2 - Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Pogotowiem (...) we W. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, potwierdzonej polisą numer (...), zawartej na okres od 1 stycznia 2006r. do 31 grudnia 2006r., z sumą gwarancyjną określoną na kwotę 100.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, w tym 50.000 Euro na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia.

W tym stanie rzeczy pozwani : (...) Spółka Akcyjna w W. Oddział w Ł. i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) we W., ponoszą względem siebie odpowiedzialność w ten sposób, że każdy z nich jest zobowiązany do zapłaty całej zasądzonej w pkt 1., 2. i 3. wyroku należności głównej wraz z odsetkami, z tym, że zapłata przez jednego z nich zwalnia drugiego do wysokości dokonanej zapłaty.

Ponadto pozwanego ad.1 łączyła również umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem im. (...)w T., potwierdzona polisą serii (...) numer (...), zawarta na okres od 1 stycznia 2006r. do 31 grudnia 2006r., z sumą gwarancyjną określoną na kwotę 500.000 zł, przy czym za jedno zdarzenie – 250.000 zł .

Z kolei pozwanego ad.3 - Towarzystwo (...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W. łączyła z I. S. (1) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, potwierdzona polisą serii (...), na okres od 6 września 2005r. do 5 marca 2006r., z sumą gwarancyjną wynoszącą 100.000 zł.

Mając powyższe na uwadze należało orzec jak w pkt 4. i 5. wyroku, wyznaczając granice odpowiedzialności pozwanych ubezpieczycieli do wyczerpania się umówionych sum gwarancyjnych, jako stanowiących, w myśl przepisu art. 824 par.1 k.c., górną granicę ich odpowiedzialności.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Powodowie wygrali bowiem proces, w zakresie należności głównych, w całości. Na poniesione przez każdego z nich koszty procesu złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości po 3.600 zł. oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa uiszczona w kwocie 17 zł., czyli po 8,50 zł. przez każdego z powodów.

Zgodnie z dyspozycją art. 105 par.2 k.p.c., na współuczestników sporu odpowiadających solidarnie co do istoty sprawy sąd włoży solidarny obowiązek zwrotu kosztów. Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w pkt 7. wyroku.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) Sąd, stosowanie do wyniku sporu, nakazał pobrać solidarnie od pozwanych na rzecz Skarbu

Państwa - Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 12.852,81 zł., tytułem zwrotu nieuiszczonych kosztów sądowych. Łącznie, nieuiszczone koszty sądowe, poniesione tymczasowo ze Skarbu Państwa, objęły: opłatę od pozwu (10.750,00 zł.) oraz wynagrodzenie biegłych [479,52 zł. (k.647), 970,62 zł. (k.667), 69,33 zł. (k.718), 53,34 zł. (k.733), 530,00 zł. (k.959)].

Rozstrzygnięcie w punkcie 10. sentencji zapadło w oparciu o art. 84 ust. 1 w/w ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Z/

Odpis uzasadnienia wraz z odpisem wyroku doręczyć stronom przez pełnomocników

2014/06/02