

sygn. akt III Ko 200/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 grudnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Białymstoku, III Wydział Karny,

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Sławomir Cilulko

Ławnicy: Krystyna Karwowska

Bożena Topczewska

Protokolant: Beata Wojno

przy udziale Prokuratora Krzysztofa Olszewskiego z Prokuratury Okręgowej w Łomży delegowanego do Prokuratury Apelacyjnej w Białymstoku

po rozpoznaniu w dniach 28 października i 2 grudnia 2015 r. w B.

sprawy z wniosku W. H. (H.)

o odszkodowanie za niewątpliwie niesłuszne tymczasowe aresztowanie w sprawie karnej o sygn. akt Ap II Ds. 7/05/Sw Prokuratury Apelacyjnej w Białymstoku, złożonego w trybie art. 552§4 k.p.k.

- o r z e k a -

I. Zasądza od Skarbu Państwa na rzecz wnioskodawcy W. H. kwotę 4 000 (czterech tysięcy) złotych tytułem odszkodowania.

II. Oddala wniosek w pozostałym zakresie.

III. Koszty postępowania ponosi Skarb Państwa.

sygn. akt III Ko 200/15

UZASADNIENIE

zawiera wskazanie, jakie fakty sąd uznał za udowodnione (**A**), na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych; wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku oraz okoliczności, które miał na względzie przy „innych rozstrzygnięciach zawartych w wyroku”, tj. kształtując wysokość odszkodowania (**B**) – art. 424§1 i 2 k.p.k.

Część A.

Jedenastego października 2005 r. o godzinie 19.30 W. H. został zatrzymany przez policję.

Postanowieniem z 13 października 2005 r. Sąd Rejonowy w Białymstoku zastosował wobec W. H. – podejrzanego o pięć czynów: trzy z art. 190§1 k.k., jeden z art. 230§1 k.k. i ostatni z art. 189§1 k.k. w zb. z art. 191§1 k.k. - tymczasowe aresztowanie na okres trzech miesięcy, tj. do dnia 11 stycznia 2006 r. i ww. został osadzony w Areszcie Śledczym w B.. Izolacyjny środek zapobiegawczy był następnie przedłużony postanowieniem Sądu Rejonowego w Łomży z dnia 5

stycznia 2006 r. na dalszy okres 40 dni, tj. do dnia 20 lutego 2006 r. Uzasadniając tę decyzję procesową sąd wskazywał przesłanki z art. 249§1 k.p.k. oraz z art. 258§1 pkt 2) k.p.k., związane z czterema zarzutami. Dwudziestego stycznia 2006 r. Sąd Okręgowy w Łomży uchylił tymczasowe aresztowanie i następnego dnia osadzony został zwolniony z Aresztu Śledczego w B..

W czasie jego stosowania, wieczorem 20 października 2005 r., W. H. źle się poczuł, odczuwał dwugodzinny ból w klatce piersiowej. W związku z zaostrzeniem objawów choroby wieńcowej i wystąpieniem niedokrwienia mięśnia sercowego nazajutrz został przewieziony do Kliniki (...) w B., gdzie po wykonaniu niezbędnych badań przeprowadzono u niego zabieg koronarografii z powodu podejrzenia świeżego zawału serca, którego faktycznie doznał.

Dwudziestego czwartego października 2005 r. mężczyzna został przewieziony do Oddziału Szpitalnego Aresztu Śledczego w B. celem rehabilitacji, gdzie przebywał do dnia 4 listopada 2005 r.

Po opuszczeniu Aresztu Śledczego w B. W. H. kontynuował leczenie po przebyłym zawale serca kupując lekarstwa oraz korzystając m.in. z odpłatnych wizyt lekarskich i badań.

W okresie od dnia 19.02.2009 r. do dnia 23.02.2009 r. był ponownie hospitalizowany w (...) Ośrodku (...) w A. z powodu drugiego zawału mięśnia sercowego. Nie był on jednak związany z jego pobytem w areszcie na przełomie 2005 i 2006 roku.

Sąd Okręgowy w Łomży wyrokiem z dnia 23.10.2008 r., wydanym w sprawie o sygn. akt II K 48/06, uniewinnił W. H. od czterech czynów: jednego z art. 230§1 k.k. i trzech z art. 190§1 k.k.. Umorzył zaś warunkowo postępowanie karne o czyn z art. 191§1 k.k. Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z dnia 28 kwietnia 2009 r. orzeczenie to częściowo utrzymał w mocy, uchylając rozstrzygnięcie odnośnie jednego czynu z art. 190§1 k.k. oraz co do warunkowego umorzenia postępowania w związku z popełnieniem czynu z art. 191§1 k.k. i w tym zakresie sprawę przekazał do ponownego rozpoznania. Sąd Okręgowy w Łomży wyrokiem z dnia 06.05.2010 r., wydanym w sprawie o sygn. akt II K 19/09, warunkowo umorzył postępowanie odnośnie dwóch ww. czynów na okres próby wynoszący dwa lata. Sąd Apelacyjny w Białymstoku wyrokiem z dnia 10 lutego 2011 r. orzeczenie to utrzymał w mocy.

Część B.

Dowody, na podstawie których ustalono opisany wyżej stan faktyczny: opinia biegłej M. D. (1) z dnia 24.10.2005 r. (k.52-53), karta informacyjna (k.54), postanowienia w przedmiocie tymczasowego aresztowania oraz wyroki sądów (k.95-97, 104-108, 112-117, 118-170), opinia kardiologiczna z dnia 3.11.2005 r. (k.111), protokół zatrzymania (k.171-172), częściowe zeznania W. H. (k.180v-184, 412-413, 793v-795), opinia biegłych M. D. i J. P. (1) z dnia 06.01.2006 r. (k.246-247), opinia biegłej D. M. (k.433-438),teczka osobopoznawcza tymczasowo aresztowanego (k.479-621), opinie i wysłuchanie biegłego J. Z. (k.657-661, 671-672, 831-833), dokumentacja medyczna i pisemne informacje sporządzone przez lekarzy (k.769-771, 772, 779, 782, 816-817, 819-820), informacje z NFZ (k.765, 783-785, 835-836), notatka urzędowa (k.837).

Określone w art. 552§4 k.p.k. przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej Skarbu Państwa zostały omówione przez poprzednie składy sądu i jako bezsporne nie wymagają, aby się do nich szeroko odnosić. Wskazać jedynie należy, że o „niewątpliwie niesłusznym tymczasowym aresztowaniu” można mówić w sytuacji, w której spowodowało ono dolegliwość, jakiej oskarżony nie powinien był doznać w świetle całokształtu okoliczności, a więc i ostatecznego rozstrzygnięcia w sprawie, w której środek ten stosowano. Odpowiedzialność Skarbu Państwa określona w Rozdziale 58 Kodeksu karnego oparta jest na zasadzie ryzyka za nieprawidłowe funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości. Zasadniczo więc (z wyjątkiem określonym w art. 553§1 k.p.k.) w sytuacji, gdy podsądny został uniewinniony, trudno bronić poglądu, że pozbawienie go wolności nie spełnia kryteriów z art. 552§4 k.p.k. (por. np. orzeczenia SN wydane w sprawach o sygn. akt II KKN 382/99, V KKN 125/00, IV KKN 807/98 oraz teza 25. Komentarza L. P. do art. 552 k.p.k. w systemie Lex). Sprawa o sygn. akt II K 48/06 SO w Łomży (potem o sygn. akt II K 19/09) była jednak złożona przedmiotowo – W. H. stał pod zarzutem realizacji pięciu czynów, a co do trzech z nich zapadł wyrok uniewinniający. Dwa pozostałe, z art. 190§1 k.k. (zarzut nr XLVII) oraz z art. 191§1 k.k. (w ramach

zarzutu nr XLV), zostały mu przypisane (k.159) i postępowanie co do nich zostało warunkowo umorzone. Analiza dokumentów dotyczących stosowania tymczasowego aresztowania nie pozostawia wątpliwości, że środek ten związany był zarówno z przestępstwami, co do których przesądono winę sprawcy, jak również tymi, od których popełnienia został prawomocnie uniewinniony (k.96, 107, 113). „Niewątpliwa niesłuszność” izolacyjnego środka zapobiegawczego – nawet orzeczonego bez naruszenia prawa (a tak było w tej sprawie) – ma miejsce wówczas, gdy w świetle okoliczności sprawy, w tym treści ostatecznego orzeczenia, okaże się, że jego stosowanie było zbędne (por. wyrok SN z dnia 17.03.2015 r., V KK 417/14). Skoro więc końcowa ocena sądów orzekających w procesie karnym przeciwko W. H. sprowadzała się do uznania zaistnienia przesłanek z art. 66§1 k.k., należy przyjąć, że tymczasowe aresztowanie było środkiem nadmiernym, nieadekwatnych do czynów zabronionych, których dopuścił się sprawca, a przez to zdecydowanie niesłusznym.

Roszczenie o odszkodowanie wskazane w punkcie 4) części III. wniosku (k.6; mając na uwadze zakres prawomocnych rozstrzygnięć poprzednich składów sądu, to ono stanowiło przedmiot niniejszego procesu) zostało oparte na następującej podstawie faktycznej: W. H. w związku z pozbawieniem wolności doznał szkody majątkowej wynikającej z „utrąty zdrowia”. Wnioskodawca wskazał, że rok po przebytych zawale wydawał na leki 800 zł miesięcznie, obecnie (a więc na 19.10.2011 r. k.2) jest to kwota o połowę mniejsza, zaś średni roczny koszt wizyt u lekarzy i badań to kwota „około 3 000 zł”.

Oprócz własnych twierdzeń (k.180v, 181v, 183v, 413, 793v-794) i zeznań żony (k.266v), wnioskodawca praktycznie nie przejawiał inicjatywy dowodowej (k.413 sugestia zwrócenia się do NFZ o podanie danych co do rodzaju i ilości nabytych leków; dokumentacja medyczna z k.439-443 jest niepełna, została dołączona w 2013 r.; pomimo zobowiązania (k.754 pkt 1.) wnioskodawca nie podał wskazanych w nim informacji). W uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 9.07.2015 r. wskazano (k.745v), że w niniejszym procesie zastosowanie ma art. 36 pkt 2) (omyłkowo podano pkt 1) ustawy z dnia 27.09.2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2013.1247). Przepis ten jednak dotyczy sytuacji, w której przed wejściem w życie ww. ustawy wniesiono do sądu akt oskarżenia, a z tego rodzaju dokumentem inicjującym postępowanie nie mieliśmy do czynienia w tym sprawie (możliwe, że sądowi odwoławczemu chodziło o analogiczne zastosowanie ww. normy, tj. art. 36 pkt 2) do wniosku o odszkodowanie). Mając na uwadze okoliczności tej, toczącej się od kilku lat sprawy, jak i treść art. 442§3 k.p.k., sąd – wobec bierności stron – podjął inicjatywę dowodową z urzędu.

W postępowaniu toczącym się w trybie art. 552§4 k.p.k. (w brzmieniu obowiązującym do 30.06.2015 r.) mamy do czynienia z tzw. rozłożeniem ciężaru dowodu pomiędzy wnioskodawcę, a organ sądowy. Zadośćuczynienie i odszkodowanie ujęte w tej normie prawnej mają charakter cywilnoprawny. W związku z tym na tle regulacji art. 6 k.c. poszkodowany powinien udowodnić podstawę, jak i wysokość zgłoszonego roszczenia. Z kolei sąd rozpoznający wniosek, zgodnie z treścią art. 2§2 k.p.k., obowiązany jest w procedowaniu dążyć do tego, aby podstawę rozstrzygnięcia stanowiły prawdziwe ustalenia faktyczne (tak SN w wyroku z dnia 4.11.2004 r., WK 19/04, publ. w OSNwSK 2004/1/2011 oraz SA w W. w wyroku z dnia 14.06.2013 r., II AKa 165/13). Te zaś wiążą się z oceną dowodów opartą na przekonaniu sądu wykreowanym na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego (art. 7 k.p.k.). Dlatego także z urzędu weryfikowano zasadność roszczeń, w tym twierdzenia W. H..

Należało więc ustalić:

a. czy, a jeśli tak to jakiego rozstroju zdrowia (w sensie jednego lub kilku schorzeń) doznał W. H. w związku (z powodu) z osadzeniem go w jednostce penitencjarnej;

b. jakiego rodzaju i w jakiej wysokości poniósł koszty, które dotyczyły leczenia danej jednostki chorobowej.

Ad. a.

U W. H. zdiagnozowano zawał mięśnia ściany przedniej serca, którego doznał on w trakcie pobytu w Areszcie Śledczym w B..

W lutym 2009 r. ww. mężczyzna przeszedł kolejny zawał mięśnia sercowego. Wnioskodawca miał nadwagę (k.60), nadciśnienie tętnicze, jego matka też przeżyła zawał serca. Nadal, tj. po pierwszym zawale serca, palił papierosy i prowadził stresujący tryb życia (wynikający m.in. z charakteru pracy, k.817 wpis z grudnia 2006 r., na stronie pierwszej verte: „Uskarża się również na przewlekłe zmęczenie, jest adwokatem i bardzo dużo pracuje”). A to są czynniki chorobogenne, szczególnie jeśli chodzi o schorzenia wieńcowe (zob. np. k.60 „Bezwzględny zakaz palenia papierosów”; k.247: „Konieczne zaprzestanie palenia papierosów”; zob. też zeznania J. P. k.297v). Już z opinii kardiologicznej z dnia 3.11.2005 r. wynikało, że wnioskodawca należy do osób z grupy wysokiego ryzyka kardiologicznego, tzn. znacznego ryzyka nawrotu ostrej postaci choroby wieńcowej, w tym zawału serca. Dr hab. med. K. M. podkreślił, że decydujące o tym główne czynniki to: palenie papierosów, przewlekły, znaczny stres emocjonalny, prawdopodobne zaburzenie profilu lipidowego oraz podwyższone ciśnienie tętnicze (k.111). Odniósł się też do wykonanego zabiegu angioplastyki z założeniem stenów metalowych nie uwalniających leku, co wg niego predysponuje pacjenta do ponownego zwężenia tętnicy wieńcowej w miejscu wykonanego zabiegu. Przy czym ryzyko to jest największe i pozostaje realne do 6 miesięcy po ww. operacji.

Z opinii biegłego J. Z. wynika, że kolejny zawał mięśnia sercowego, ściany dolnej i tylnej (tj. przeżyty w 2009 r.), był następstwem postępującej choroby wieńcowej serca, rozwijania się miażdżycy naczyń wieńcowych tego organu na tle zaburzeń gospodarki tłuszczowej, nadciśnienia tętniczego i nie pozostaje on w związku przyczynowym zarówno z zawałem z 2005 r., jak i pozbawieniem wolności W. H. w okresie od października 2005 r. do stycznia 2006 r. (k.661). Zawał z 2005 r. dotyczył innej okolicy serca i innych gałęzi tętnic wieńcowych niż ten z 2009 r. (k.672). Ponadto drugi zawał nastąpił ponad trzy lata po pierwszym, a z dokumentacji medycznej wynika, że od lutego 2007 r. do lutego 2009 r. wnioskodawca nie korzystał z leczenia kardiologicznego (w sensie wizyt u lekarzy, czy też przyjmowania innych leków niż te, które można było nabyć bez recepty). Zastosowane w latach 2005-2006 leczenie inwazyjne i farmakologiczne pozwoliło na poprawę ukrwienia mięśnia sercowego i zapobiegło dalszym ewentualnym skutkom jego uszkodzenia. Skoro czynnikiem wywołującym zawał (przy nałożeniu się schorzenia samoistnego w postaci miażdżycy tętnic wieńcowych serca k.660 i 672) był stres związany z osadzeniem, zaś okres rekonwalescencji i rehabilitacji po zawale wynosi od 3 do 6 miesięcy (k.671), to należy zgodzić się ze stanowiskiem biegłego (zob. też wnioski innych biegłych co do stopnia zagrożenia powikłaniami w miejscu zabiegu k.805).

Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych to odrębna od zawału serca jednostka chorobowa. Wymieniona została już w dokumentacji medycznej z października 2005 r. dotyczącej leczenia wnioskodawcy (k.54, zob. też k.58, 111, por. też k.433 i 435 badany podał: „W latach 2007-2009 występowały bóle kończyn dolnych, dystans chromania przestankowego wynosił około 50 m, nie wchodził na I piętro (...) Stosowano chelatację.”). To właśnie z uwagi na „straszne problemy z nogami” (k.181v; k.268: „narzekał na zimno w kończynach dolnych”; zob. też zeznania J. P. k.297v), wnioskodawca zdecydował się na leczenie metodą chelatacji (co odnośnie kończyn dolnych spowodowało „poprawę”, k.181v). Nastąpiło to dopiero w grudniu 2006 r., a więc także zapoczątkowanie tego rodzaju terapii wskazuje na brak jej związku z przeżytym w październiku 2005 r. zawałem serca. Biegły J. Z. opisał mechanizm rozwoju tej choroby, wykluczając, aby na jej rozwój wpływ miało osadzenie w areszcie (k.833). Zarówno ekspertyza z 24.02.2015 r., jak i z 27.11.2015 r., są zupełne (kompletne i dokładne) oraz bez wątpliwa komunikatywne (zrozumiałe i jasne). Sporządzone zostały przez osobę posiadającą specjalistyczną wiedzę z zakresu medycyny sądowej, a ich końcowe ustalenia i konkluzje są logiczne, zgodne ze wskazaniami wiedzy i doświadczenia życiowego. Wnioski biegłego zostały należycie uzasadnione, ich argumentacja jest przekonująca.

Chelatacje miały na celu leczenie zmian miażdżycowych u pacjenta (k.816, k.817: „miażdżyca zarostowa kończyn dolnych”), zaś te nie były wynikiem osadzenia w jednostce penitencjarnej. Skarb Państwa nie może więc zostać zobowiązany do ponoszenia ich kosztów. Naprawieniu podlega szkoda związana z leczeniem zawału serca, który był następczą jednostką chorobową w stosunku do miażdżycy, a nie odwrotnie (nie wywołał jej).

Problemy ze strony układu moczowego (k.181v) występowały u wnioskodawcy przed aresztowaniem (k.54: kamnica nerkowa, 181v: „ja sądziłem, że to mogą być problemy z prostatą”; k.561 dane z 14.10.2005 r.: „od kilku miesięcy pod kontrolą z powodu przerostu gruczołu krokowego”) były leczone w trakcie osadzenia (k.247: antybiotykiem, k.574, 577, 581, 583, 585, 586, 613 już na początku listopada 2005 r.), a ewentualne wydatki związane z tą chorobą nie zostały wliczone przez wnioskodawcę do dochodzonej sumy (nie na ten temat nie mówił; k.267v: „W przypadku kłopotów z pęcherzem mąż korzystał z publicznej służby zdrowia”). Brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia, że po opuszczeniu jednostki penitencjarnej uprawniony do odszkodowania wydatkował środki na antybiotyki ukierunkowane na leczenie schorzeń układu moczowego (operacja pęcherza moczowego miała miejsce w 2010 r. (k.442), zaś gruczołu krokowego w 2011 r. (k.435); k.779: dnia 2.02.2007 r. zdiagnozowano zapalenie układu moczowego). Nie wykazano dowodowo, że choroba ta pozostaje w związku przyczynowym z osadzeniem. Przeciwnie twierdzenia świadka M. H. (k.267) ocenić należy jako niezasadne, ukierunkowane na uznanie osadzenia jako jedynego źródła wszystkich dolegliwości zdrowotnych jej męża w ciągu ostatnich lat.

Ad. b.

Do twierdzeń W. H. (jak i jego żony) odnośnie wysokości wydatków na leczenie należy podchodzić z pewną dozą ostrożności. Taki wniosek wypływa z konfrontacji jego oświadczeń z dokumentacją medyczną. I tak: nie znajduje żadnego potwierdzenia stanowisko, że nie korzystał on z publicznej służby zdrowia (k.183v), a średnioroczny koszt „wizyt u lekarzy i badań” to około 3 000 zł (k.6; por. dokumentację medyczną, pisma lekarzy co do ilości płatnych wizyt, ilości i rodzaju badań oraz ich kosztów). Nie było też tak, że prywatne wizyty u kardiologa miały miejsce co miesiąc (k.266v), jak również nie można uznać – mając na uwadze zebrane w sprawie dane – że wydatki na leki pochłaniały kwotę 800 zł miesięcznie (zeznania małżonków H. co do ilości i cen zabiegów chelatacji, także nie pokrywają się z dokumentacją medyczną – było ich ok. 40, a nie 60 oraz jeden kosztował 100-120 zł, a nie 150 zł). Natomiast twierdzenie, że wszystkie leki ujęte w wystawionych receptach pacjent kupił (k.413), koresponduje z ich ilością wskazaną w dokumentacji medycznej, okresem ordynowania (liczba dni) oraz zalecanym sposobem dawkowania (np. 6.12.2006 r. wypisano kolejne opakowanie leku P. (...): w tej dacie pacjent od 26.01.2006 r. miał wypisanych łącznie 140 tab. tego leku, a powinien zużyć ich 118, gdyż tyle jest dni od 26.01 do 22.05.2006 r.).

Wnioskodawca nie był w stanie określić „ile wydał na leczenie” (k.183v). Analiza dokumentacji medycznej, informacji podanych przez lekarzy, jak też NFZ (...) Oddział Wojewódzki w B., pozwala na dokonanie następujących ustaleń:

W. H., w związku z pierwszym zawałem serca, był na wizytach lekarskich u dr J. B. (1) oraz dr N. L. (1) w nw. datach, w trakcie których otrzymał recepty na określoną ilość leków (jeśli niżej inaczej nie zaznaczono, to chodzi o jedno opakowanie danego leku). I tak:

1. 26.01.2006 r. (koszt wizyty 80 zł, dr B.): T. 10 (1 op. = 28 tab.), M. 150ZK (1 op. = 28 tab.), A. 5 mg (1 op. = 30 tab.), A. 75 mg (1 op. = 60 tab.), P. 75 (1 op. = 28 tab.), S. 40 (1 op. = 30 tab.);

2. 21.02.2006 r. (dr N. L.): P. 75 mg (2 op.); T. 10 (2 op.), M. 150ZK (brak wpisu na k.819, ale jest w dokumentacji k.779), A. 5 mg, A. 75 mg, S. 40;

3. 27.03.2006 r. (koszt wizyty 80 zł, dr B.; wpis: „zapisał się do dr L.”): T. 10, D. 25 mg, A. 5 mg, A. 75 mg, P. 75, S. 40;

4. 24.04.2006 r. (dr N. L.): P. 75 mg;

5. 04.05.2006 r. (dr N. L.): D. 25 mg, A. 75 mg;

6. 22.05.2006 r. (dr N. L.): T. 10 mg, D. 25 mg, A. 5 mg, P. 75 mg, S. 40;

7. 19.06.2006 r. (dr N. L.): P. 75 mg;

8. 7.07.2006 r. (dr N. L.): D. 25 mg, A. 5 mg (2 op. = 60 tab.), P. 75 mg, S. 40 (2 op.);

9. 12.07.2006 r. (dr N. L.): P. 75 mg;

10. 06.11.2006 r. (koszt wizyty 80 zł, dr J. B.; zapis: „leki odstawił 25.09 wszystkie, bo źle się czuł” – od 12.07 pacjent nie był na wizytach lekarskich i nie wypisano mu leków): T. 5 mg (dawkowanie po 1/2 tabletki), D. 6,25 mg, P. 75 mg, S. 40 (**k.817** 5.12.2006 podał dr J. A., że przyjmuje ww. cztery leki; od 5.12.2006 do 21.06.2007 około 40 zabiegów chelatacji);

11. 11.01.2007 r. (wizyta bezpłatna, dr J. B.): T. 5 mg, D. 6,25 mg, P. 75 mg, S. 40;

12. 15.01.2007 r. (koszt wizyty 80 zł, dr J. B.): T. 5 mg, D. 12,5 mg, P. 75 mg, S. 40.

W czasie wizyt lekarskich w okresie od 26.01.2006 r. do 15.01.2007 r. zaordynowano wnioskodawcy następujące ilości leków:

M. (1 opakowanie – 28 tabletek, dawkowanie 1x1 tab.); **dwa opakowania** wypisane 26.01 i 21.02.2006 r.;

A. **75 mg** (1 opakowanie – 60 tabletek, 1x1 tab.); **cztery opakowania** wypisane 26.01, 21.02, 27.03 i 04.05.2006 r., tj. na 240 dni (jest to lek możliwy do nabycia bez recepty, a zalecenia były takie, aby przyjmować go dożywotnio, k.770);

P. (...) **75 mg** (1 opakowanie – 60 tabletek, 1x1 tab.); **trzy opakowania** wypisane 06.11.2006 i 11 oraz 15.01.2007 r.;

P. **75 mg** (1 opakowanie – 28 tabletek); **dziewięć opakowań** wypisanych 26.01, 21.02 (dwa), 27.03, 24.04, 22.05, 19.06, 07.07, 12.07, 9 x 28 = 252 (na tyle dni wystarczyła wypisana ilość tego medykamentu), a więc 4 października 2006 r. powinien się skończyć (leki pacjent „odstawił” 25.09.2006 i potem mu już tego leku nie przepisywano);

D. **25 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **cztery opakowania** wypisane 27.03, 04.05, 22.05 i 07.07;

T. **10 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **pięć opakowań** wypisanych 26.01, 21.02 (dwa op.), 27.03, 22.05; 5 x 9,07 zł (k.783) = **45,35 zł**;

T. **5 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **trzy opakowania** wypisane 06.11.2006 r., 11 i 15.01.2007; 3 x 12,52 zł = **37,56 zł**;

- (...) **5 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **pięć opakowań** wypisanych 26.01, 21.02, 27.03, 7.07 (dwa op.); 5 x 11,08 zł = **55,4 zł**;

S. **40 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **sześć opakowań** wypisanych 26.01, 21.02, 27.03, 22.05, 7.07 (dwa op.); 6 x 52,49 zł = **314,94 zł**;

D. **6,25 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **dwa opakowania** wypisane 06.11.2006 i 11.01.2007 r.; 2 x 13,10 zł = **26,20 zł**;

D. **12,5 mg** (1 opakowanie – 30 tabletek); **jedno opakowanie** wypisane 15.01.2007; 1 x **7,03 zł**;

- (...) **40 mg** (1 opakowanie – 28 tabletek); **trzy opakowania** wypisane 06.11.2006, 11 i 15.01.2007; 3 x 19,72 = **59,16 zł**.

Wymienione wyżej ceny określono na podstawie danych z NFZ (k.783). Wskazują one jednak nie koszt ich zakupu przez pacjenta, ale „uśrednioną” cenę z różnych aptek z okresu styczeń 2006 r. – kwiecień 2007 r. (k.837). Co do leków nier refundowanych, sąd nie miał nawet takich informacji. Orientacyjnie tylko można określić ceny P. (na ok. 170 zł), M. (na ok. 33 zł), D. 25 mg (na około 24 zł), A. (na około 8 zł) i P. (na około 9 zł; k.837; zob. też np. koszt P. w 2009 r. k.784), ale nie z okresu ich nabycia.

Powyższe wartości dają łączną sumę 2 296,64 złotych ($45,35 + 37,56 + 55,40 + 314,94 + 26,20 + 7,03 + 59,16 = 545,64$ zł + P. (9×170 zł = **1530 zł** + A. (4×8) **32 zł** + P. (3×9) **27 zł** + M. ($2 \times$ ok. 33 zł) **66 zł** + D. 25 mg (4×24) **96 zł**). Dodanie do niej kosztu czterech płatnych wizyt lekarskich (trudności z dostępem do specjalisty uzasadniają uznanie roszczenia w tej części, k.783v), tj. 320 zł, daje łącznie 2 616,64 złotych. Koszt badań laboratoryjnych (badania krwi) nie powinien obciążać Skarbu Państwa. Wnioskodawca mógł je wykonać nieodpłatnie (tj. w ramach ubezpieczenia zdrowotnego). Zdecydował się skorzystać z „wygodniejszych” dla siebie usług sektora prywatnego (pobieranie krwi w kancelarii i dostarczenie badań pod ten adres k.794), w związku z czym nie może domagać się pokrycia także tych kosztów przez Skarb Państwa.

Wysokość odszkodowania związanego z kosztami leczenia będzie też obejmowała koszt leków typu A., P., które wnioskodawca powinien przyjmować „dożywnio” (k.770; choć oczywiście granica czasowa determinowana jest datą złożenia wniosku).

W. H. twierdził m.in.: „lek na rozrzedzanie krwi bierze się przez rok i raz w miesiącu płaciłem za ten lek 400 zł (k.183v; por. zeznania jego żony: „najdroższy był lek francuski, nierefundowany i kosztował około 400 zł, wg zaleceń lekarzy miał być brany przez rok”, k.267v). Doświadczenie życiowe wskazuje, że ceny różnych towarów, w tym leków, w realiach gospodarki wolnorynkowej ewoluują w czasie, a ich różnice zależą od wielu czynników (m.in. popytu i podaży, ilości producentów i dystrybutorów, czy dany lek jest produkowany w Polsce, czy za granicą itp.). Rynek leków jest rynkiem bardzo specyficznym. Zdarza się np. tak, że w tym samym mieście ten sam lek w jednej aptece ma pewną wartość, zaś w innej jest nawet o kilkadziesiąt procent tańszy. Ceny zaś mogą zmieniać się z dnia na dzień. W trakcie rozmowy z pracownikiem NFZ 1.12.2015 r. (k.837) uzyskano np. informację, że wpisanie danego medykamentu do wykazu leków refundowanych może skutkować zarówno spadkiem jego ceny, ale też równie dobrze może nastąpić jej znaczny wzrost. Nie da się przy tym na podstawie np. cen z 2007 r. roku domniemywać, że podobnie kształtowała się ona np. rok wcześniej. Precyzyjne określenie odszkodowania byłoby możliwe tylko w przypadku określenia w jakiej konkretnie aptece uprawniony wykupił określone leki i jaką cenę zapłacił za nie w tej placówce. Takich zaś danych brak (nie wiemy nawet w jakiej aptece dany lek został nabyty).

W tej sprawie należało więc zastosować art. 322 k.p.c. (jego stosowanie wyłącza normę art. 363§2 k.p.c. – zob. wyrok SN z dnia 18.03.2010 r., V CSK 277/09, LEX nr 1360339; np. P. można obecnie nabyć za kilkadziesiąt złotych), zgodnie z którym w sprawie o odszkodowanie, jeśli ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe (tak jest w tej sprawie) lub nader utrudnione, można zasądzić odpowiednią sumę wg oceny sądu, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Te zaś jednoznacznie wskazują, że przyjęcie średniomiesięcznego wydatku na poziomie około 450 złotych nie będzie zawyżone i pozostanie w adekwatnej relacji do kosztów wydatkowanych na leki w 2006 r. i styczniu 2007 r. Doliczyc do tego należy koszt płatnych wizyt lekarskich, tj. 320 złotych oraz wartość A. lub P., który to lek W. H. powinien przyjmować także m.in. do daty złożenia wniosku. Jedno jego opakowanie to koszt rzędu 8-9 zł, a 60 tabletek wystarcza na dwa miesiące. Rocznie więc wydatki z tego tytułu to około 96 – 108 złotych. Licząc od stycznia 2007 r. do października 2011 r. da to kwotę około 500 złotych.

W. H. płacił za leki w okresie styczeń – lipiec oraz listopad 2006 r., a także w styczniu 2007 r. (wtedy wypisano mu recepty). Łącznie daje to 9 miesięcy. Tak więc 9×450 zł = 4 050 zł + 320 zł + 500 zł = 4 880 zł.

Określone w normie art. 362 k.c. przyczynienie się poszkodowanego do powstania lub zwiększenia szkody skutkuje tym, że obowiązek jej naprawienia ulega odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron. Mamy z nim do czynienia wtedy, gdy w łańcuchu ogniw (przyczyn) tworzących związek przyczynowy dla skutku (tu: zawał) będącego źródłem roszczenia o odszkodowanie, funkcjonują także te, które nie zostały zawinione przez zobowiązanego, lecz wynikają z zachowania uprawnionego. Stanowią one jednocześnie przyczynę „konkurencyjną” do przypisanej podmiotowi zobowiązanemu, gdyż ww. skutek zaistniał w efekcie współdziałania dwóch lub więcej przyczyn, z których jedna (lub więcej) pochodzi od uprawnionego, a inna (inne) od zobowiązanego (Skarb Państwa). Nie da się precyzyjnie ustalić w jakim stopniu wpływ na zaistnienie zawału serca w 2005 r. miała sytuacja stresogenna związana z osadzeniem, a w jakim zmiany chorobowe tętnic wieńcowych (k.672) Sąd w tym składzie orzekającym stoi na stanowisku, że przyczynienie się poszkodowanego określić należy

na poziomie około 20%. Przed osadzeniem wnioskodawca nie zgłaszał problemów z sercem. Niewątpliwie dla osoby niekaranej, prawnika wykonującego zawód adwokata, a wcześniej prokuratora, nagłe osadzenie w areszcie śledczym, pobyt w diametralnie różnych warunkach od tych, w których funkcjonował na co dzień, powodowało silne, negatywne przeżycia psychiczne. Należy zwrócić uwagę, że zawał nastąpił kilka dni po osadzeniu.

A więc uwzględniając przyczynienie się poszkodowanego należało zasądzić na jego rzecz kwotę 4 000 złotych. Wnioskodawca nie wykazał, aby z uwagi na tymczasowe aresztowanie poniósł wyższe straty materialne związane z leczeniem pierwszego zawału serca, co uzasadniałoby zasądzenie odszkodowania w wyższej wysokości (por. też art. 232 k.p.c. w zw. z art. 558 k.p.k.).

Z uwagi na treść roszczenia zawartego we wniosku i zapisy art. 321§1 k.p.c. w zw. z art. 558 k.p.k., o odsetkach nie orzeczono.

Żądanie w zakresie zasądzenia świadczenia ponad sumę 4.000 złotych, jako niezasadne, należało oddalić.

Zgodnie z art. 554§2 k.p.k. koszty postępowania w niniejszej sprawie ponosi Skarb Państwa.