

**Sygn. akt: I C 546/17**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 maja 2019 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Ewa Oknińska,
Protokolant:	prac. sąd. Natalia Indyka,

po rozpoznaniu w dniu 08 maja 2019 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa **H. P.**

**przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.**

**z udziałem interwenienta ubocznego (...) Szpitala (...) we W.**

**o zapłatę**

I oddała powództwo,

II zasądza od powódki H. P. na rzecz pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 6.698,25 (sześć tysięcy sześćset dziewięćdziesiąt osiem 25/100) zł tytułem kosztów procesu,

III zasądza od powódki H. P. na rzecz interwenienta ubocznego (...) Szpitala (...) we W. kwotę 6.717 (sześć tysięcy siedemset siedemnaście) zł tytułem kosztów procesu,

IV nakazuje ściągnąć od powódki na rzecz Skarbu Państwa – Sąd Okręgowy w Olsztynie kwotę 1.449,82 zł tytułem kosztów sądowych.

SSO Ewa Oknińska

**Sygn. akt I C 546/17**

## UZASADNIENIE

Powódka H. P. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. w W. kwoty 130.000 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 08 kwietnia 2017 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powódka wskazała, że w nocy z 3 maja na 4 maja 2016 r. jej matka została przewieziona na (...) do (...) Szpitala (...) we W.. Przyczyną przyjęcia były przejściowe zaburzenia rytmu serca oraz bóle brzucha, głowy i kręgosłupa. Zanotowano objawy: wymioty, niskie ciśnienie krwi, w tomografii komputerowej przebyty epizod niedokrwienny w obrębie mózgowia, obniżenie poziomu potasu, niewielka zwyżka d-dimerów i (...), przy istniejących

w EKG elementach bloku przewodzenia oraz zaburzeniach rytmu wynikających z hipokaliemii (obniżonego poziomu potasu). Obniżenie potasu było początkowo suplementowane do właściwego poziomu, jednak już po dniu 04 maja 2016 r. podawanie potasu zostało zaprzestane. Od dnia 10 maja 2016 r. poziom potasu spadł poniżej dolnej granicy normy. Ponadto pacjentka otrzymywała lek moczopędny powodujący utratę potasu. W dniu 12 maja 2016 r. doszło do zgonu pacjentki. W dniu 26 maja 2016 r. przeprowadzono sekcję zwłok, na podstawie której jako wyjściową przyczynę śmierci wskazano udar mózgu, który doprowadzić miał do ostrej niewydolności krążeniowo – oddechowej, a w konsekwencji do zatrzymania krążenia i oddychania. W ocenie powódki za przyczynę zatrzymania krążenia wskazać należy obniżony poziom potasu. Personel szpitala dysponował wiedzą w zakresie spadku poziomu potasu, jednakże zabrakło reakcji na obniżenie tego stężenia. Uzasadnia to zarzut nieprawidłowego leczenia, mimo poprawnej diagnostyki, które pozostaje w bezpośrednim związku ze śmiercią M. C. (1). Powódka wskazała na łączące ją z matką bliskie relacje oraz na krzywdę spowodowaną utratą osoby bliskiej.

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany potwierdził, że udzielał ochrony ubezpieczeniowej (...) Szpitalowi (...) we W. na podstawie umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Jednocześnie zakwestionował roszczenie co do zasady i wysokości. W ocenie pozwanego nie ma żadnych podstaw do uznania błędu medycznego ani do uznania braku zachowania należytej staranności w diagnostyce i leczeniu pacjentki.

Interwenient uboczny (...) Szpital (...) we W. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powódki kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu zakwestionował roszczenie co do zasady i wysokości, wskazując na brak zawinienia personelu medycznego szpitala i brak adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem personelu medycznego a zgłoszoną szkodą. W jego ocenie wszystkie czynności podjęte przez lekarzy zostały wykonane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami sztuki lekarskiej i przy zachowaniu należytej staranności. Wskazał, że pacjentka M. C. (1) została przyjęta do szpitala w dniu 04 maja 2016 r. w stanie zagrożenia życia z powodu podejrzenia udaru mózgowego z towarzyszącym odwodnieniem i hipokaliemią. Według ustaleń poczynionych przez lekarzy została znaleziona w domu przez wnuczkę na podłodze po upadku, po urazie głowy, kręgosłupa, jamy brzusznej, tkanek miękkich twarzy, odwodniona. W. nie potrafiła określić od kiedy pacjentka pozostawała w opisanym stanie, gdy była nieobecna w domu w okresie 01-03.05.2016 r. Wszystkie czynności podjęte przez lekarzy i personel pielęgniarstwa zostały wykonane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i z najwyższą starannością.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. C. (1) (ur. (...)) od 2009 r. zamieszkiwała wspólnie z wnuczką P. G.. M. C. (2) miała dwoje dzieci tj, powódkę i syna, z którym nie utrzymywała kontaktu. Powódka odwiedzała matkę i córkę ok. 3 razy w roku. M. C. (1) nie leczyła się. W dniu 29 kwietnia 2016 r. nastąpiło u niej pogorszenie stanu zdrowia, chodziła z trudem po mieszkaniu, pojawiły się trudności w połykaniu pokarmu. W okresie od dnia 1 maja 2016 r. do dnia 03 maja 2016 r. przebywała sama w mieszkaniu.

(dowód: zapisy w dokumentacji medycznej „przebieg leczenia” wpis z dnia 05 maja 2016 r. – k. 123, zeznania świadka R. Ź. – k. 456, k. 747, częściowo zeznania świadków P. G. – k. 136 v. – 137, Z. G. – k. 137 v.-138, przesłuchanie powódki – k. 737 v. - 738)

W dniu 3 maja 2016 r. M. C. (1) w trybie nagłym została przekazana przez Zespół (...) do Kliniki (...), (...) Szpitala (...) we W... Rozpoznano wówczas inny, nieokreślony ból brzucha oraz inne zaburzenia równowagi elektrolitowej i płynowej, niesklasyfikowane gdzie indziej (R10.4 i E87.8). Określono stan ogólny średni, w prostym kontakcie. Stan

krążeniowo-oddechowy wydolny. W wywiadzie z wymienioną ustalono, że w piątek upadła i przez trzy dni leżała na podłodze. Była pod opieką wnuczki, która ją zostawiła na kilka dni bez opieki.

W dniu 4 maja 2016 r. o godzinie 02:25 ze względu na zaburzenia rytmu serca M. C. (3) poddano badaniu kardiologicznemu. W badaniach dodatkowych stwierdzono: H. 16,2; leu 9,81; crp 5,66; potas 3,11; troponina I 41; D-dimery 1,39. W EKG: lewogram, rytm dolnoprzedionkowy, (...), (...), ekstrasystolia przedsionkowa zablokowana. W TK głowy - zanik korowy mózgowia, przewlekłe zmiany niedokrwienne, przebyte zmiany naczyniopochodne. W RTG klatki piersiowej, RTG jamy brzusznej, USG jamy brzusznej bez uchwytnych patologii. Nie stwierdzono wskazań do hospitalizacji w Klinice (...). Stwierdzone zaburzenia rytmu wynikały z hipokaliemii i zalecono suplementację. Wskazano również na konieczność wykonania w trybie ambulatoryjnym badań H. E..

Tego samego dnia, o godzinie 13:58 wymienioną poddano konsultacjom internistycznym. W badaniu była zorientowana, w logicznym kontakcie, osłuchowo szmer pęcherzykowy, (...) około 70/min., RR 110/70mmHg, tony serca głośne, otyłość pokarmowa utrudnia badanie, brzuch miękki bez oporów i objawów otrzewnowych. Kończyny dolne bez obrzęków. Tętno obecne. W badaniach dodatkowych: H. 16,2; leu 9,81; crp 5,66; potas 3,11 (bad. kontrolnym po suplementacji 3,48); troponina I 41; D-dimery 1,39. W EKG: lewogram, rytm dolnoprzedionkowy, (...), (...), ekstrasystolia przedsionkowa zablokowana. Stan powódki o godzinie 16:09 określono jako: RR 11 l/48mmHg; tętno 67/min.; oddech: 15 l/min.; (...): 94% - ciężki.

Badanie TK głowy z dnia 4 maja 2016 r. wykonano w trybie pilnym bez podania środka kontrastowego. Stwierdzono cechy zaniku korowego mózgowia; niejednorodne obniżenie gęstości istoty białej okołokomorowej o charakterze przewlekłych zmian niedokrwiennych (leukoarajoza); niewielką hipodensyjną strefę w prawej półkuli mózdzku o charakterze przebytej zmiany naczyniopochodnej; obraz mózgowia i przestrzeni płynowych wewnątrzczaszkowych w granicach normy dla wieku; zwapnienia miażdżycowe w syfonach tt. szyjnych wewnętrznych; nie wykazano cech hiperdensyjnego krwawienia wewnątrzczaszkowego; kości mózgowiczaszki bez ognisk patologicznej destrukcji.

W badaniu RTG jamy brzusznej z dnia 4 maja 2016 r. nie wykazano cech niedrożności przewodu pokarmowego ani wolnego powietrza w jamie brzusznej. W badaniu RTG klatki piersiowej nie stwierdzono zmian ogniskowych. Cień środkowy w położeniu adekwatnym do asymetrii zdjęcia

Na miejscu podano matce powódki następujące leki: 500ml N. 0,9%; K. 1 amp (...) 500ml (...) + (...) (...); 500ml (...) + (...) (...); 500ml (...) + (...) (...).

W dniu 05 maja 2016 r. pacjentka była w stanie ciężkim, przytomna, w kontakcie logicznym, okresowo pobudzona, zaplanowano konsultację neurologiczną z uwagi na trudności w połykaniu, zaplanowano usg jamy brzusznej z uwagi na rozdrapywanie rany.

Tego samego dnia dr R. Ź. odbyła rozmowę z P. G.. W dokumentacji zapisano "Wg niej pacjentka od dawna potrzebowała opieki drugiej osoby, bywała często nielogiczna, agresywna, od dawna rozważały z matką konsultację PS. (...) pacjentki mieszka daleko, widuje matkę kilka razy do roku, nie sprawuje nad nią żadnej opieki".

W dniu 6 maja 2016 r. o godzinie 11:55 stwierdzono stabilny stan pacjentki o cechach zespołu otępiennego, okresowo agresywna. Stwierdzono mniejszy obrzęk prawej połowy twarzy, rozdrapywanie przez pacjentkę skóry. Nad płucami szmer pęcherzykowy. AS miarowa, 70/min. RR 160/100mmHg. Brzuch wzdęty, macalny opór w śródbrzuszu i podbrzuszu (w USG - wypełniony pęcherz moczowy - chorą zacewnikowano). W badaniu laboratoryjnym stwierdzono wzrost wskaźników zapalnych, rozpoznano zakażenie układu moczowego, zlecono posiewy moczu i krwi, włączono antybiotykoterapię.

Ponadto M. C. (4) odbyła konsultację psychiatryczną. Stwierdzono wówczas kontakt powierzchowny, redukcja płynności wypowiedzi, zubożenie treści, persewacje, podaje jedynie część danych personalnych, niezorientowana allopsychicznie, wzmożona nużliwość uwagi, bez treści wytwórczych, nastrój obojętny, afekt tępy, okresowo dysforyczny, napęd z okresami pobudzenia, zaburzony rytm snu i czuwania, bez myśli, tendencji samobójczych. W

diagnozie stwierdzono - otępienie o mieszanej etiologii z nakładającymi się epizodami majaczeniowymi i zalecono kontrolę somatyczną, opiekę i nadzór, w razie niepokoju doraźnie H. od 10 kropli p.o. jednorazowo.

Konsultujący neurolog wysunął podejrzenie udaru mózgu i zalecił badanie tomografii komputerowej głowy w 5-tej dobie oraz lek o działaniu poprawiającym metabolizm tkanki nerwowej (N.) i przeciwplatekocytowym (A.). Badanie tomografii głowy nie wykazało nowych zmian w porównaniu z badaniem przy przyjęciu do szpitala. W okresie od 7 do 8 maja 2016 r. wymieniona była pod opieką lekarza dyżurnego.

W dniu 9 maja 2016 r. matka powódki leżąca, w stanie stabilnym, z cechami zespołu otępiennego, stwierdzono dalszy wzrost (...) i zalecono kontrolnie wdrożenia antybiotykoterapii.

W dniu 10 maja 2016 r. stwierdzono w dalszym ciągu ciężki stabilny stan oraz pobudzenie psychoruchowe. Podano H.. Odmawiała zażywania leków, zerwała opatrunek z twarzy, drapała ranę. Stwierdzono utrzymujący się obrzęk prawej połowy twarzy, gałka oczna bez uszkodzeń. Nad płucami szmer pęcherzykowy. AS miarowa, 70/min. RR 160/95mmHg. Brzuch miękki, niebolesny. Mocz oddaje do pampersa. Matka powódki nie wyraża zgody na cewnikowanie. Zlecono kontrolne badania laboratoryjne oraz TK głowy.

U pacjentki nie wprowadzono zakazu karmienia. Rodzina mogła wykonywać powyższe czynności, była pouczona o tym, że chorą należało karmić niewielką ilością, cierpliwie oraz w pozycji siedzącej.

W dniu 12 maja 2016 r. o godzinie 9:05 M. C. (2) utrzymywała prosty kontakt. Miała problemy z połykaniem, nie podano śniadania. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Nad płucami szmer pęcherzykowy, AS miarowa, 74/min., RR 160/90mmHg, brzuch miękki, niebolesny, bez objawów otrzewnowych. Utrzymywał się nieznaczny obrzęk tkanki podskórnej prawej połowy twarzy. Zgłoszono, że pacjentka odmawia podania leków, poproszono o ponowną próbę za 2 godz. Zaplanowano wykonanie USG tt. szyjnych, RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (dotychczas brak spadku (...)), zlecono kontrolne badania laboratoryjne. O godz. 11.54 oznaczono u chorej stężenie potasu w surowicy, które wynosiło 3,34 mmol/l.

Tego samego dnia o godzinie 12:53, pielęgniarka znalazła nieprzytomną M. C. (1) w łóżku. Obecna przy niej była powódka, która twierdziła, że jej matka śpi. Wcześniej powódka napiła matkę sokiem w pozycji leżącej (na szafce obok łóżka ujawniono nadpita butelką z sokiem jabłkowym). Rozpoczęto reanimację krążeniowo-oddechową, wezwano zespół (...). Odessano dużą ilość treści pokarmowej z płuca prawego (sok jabłkowy). Zastosowano masaż serca, wentylację A. 100% tlenu, następnie intubację, podano bolusy A.w sumie 8 mg (...). Nie uzyskano powrotu akcji serca. Decyzją anestezyjologa reanimację zakończono o godz. 13.15, stwierdzając zgon chorej.

Jako bezpośrednią przyczynę zgonu M. C. (1) wskazano: zatrzymanie krążenia i oddychania.

(dowód: dokumentacja medyczna – k. 123, k. 9-51, zeznania świadka E. K. – k. 268, k., 270, zeznania świadka M. J. –k. 360 , 361, zeznania świadka A. C. – k. 394, k. 748, zeznania świadka R. Ż. – k. 456, k. 747, zeznania świadka I. C. – k. 483, k. 485, przesłuchanie powódki – k. 737 v. -738)

W protokole sekcyjnym z przeprowadzonej w dniu 26.05.2016 r. sekcji, Zakład (...) we W., (...) Szpital (...) stwierdził:

#### Rozpoznanie kliniczne:

1. zawał mózgu, nie określony,
2. ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa,
3. zatrzymanie krążenia i oddychania,
4. miażdżyca uogólniona,

5. nadciśnienie tętnicze w st. 3 (...) / (...) powikłane powiększeniem lewego przedsionka, przerostem przegrody międzykomorowej, dysfunkcją rozkurczową lewej komory,
6. (...),
7. napadowe zaburzenia rytmu serca pod postacią ekstrasystolii przedsionkowej zablokowanej,
8. hipokaliemia i odwodnienie przy przyjęciu,
9. zakażenie układu moczowego,
10. kamica pęcherzyka żółciowego,
11. otępienie o mieszanej etiologii z nakładającymi się epizodami majaczeniowymi.

Rozpoznanie anatomopatologiczne:

1. zachłystowe zapalenie płuc,
2. masywny obrzęk i przekrwienie płuc,
3. stara (przewlekła) gruźlica włóknisto-guzkowa,
4. rozedma przewlekła płuc,
5. pylica węglowa rozsiana,
6. miażdżyca uogólniona umiarkowanego stopnia,
7. wykładniki morfologiczne przewlekłego niedokrwienia i niedotlenienia mięśnia sercowego,
8. przerost mięśnia sercowego.
9. cechy zaniku korowo-podkorowego mózgu.
10. ciała starcze (amyloidowe) mózgu.
11. drobne ognisko malacji niedokrwiennej mózgu.

U 83-letniej pacjentki, u której sekcyjnie stwierdza się zachłystowe zapalenie płuc, masywny obrzęk i przekrwienie płuc, starą (przewlekłą) gruźlicę włóknisto-guzkową, rozedmę przewlekłą płuc, pylicę węglową rozsianą, miażdżycę uogólnioną umiarkowanego stopnia, wykładniki morfologiczne przewlekłego niedokrwienia i niedotlenienia mięśnia sercowego, przerost mięśnia sercowego, cechy zaniku korowo-podkorowego mózgu, ciała amyloidowe oraz drobne ognisko malacji niedokrwiennej mózgu, przyczyną zgonu pacjentki była ostra niewydolność krążeniowo-oddechowa w przebiegu zachłystowego zapalenia płuc.

(dowód: odpis protokołu sekcyjnego – k. 123)

Czynności medyczne przeprowadzone przez (...) Szpital (...) we W. wobec M. C. (1) były zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Opieka medyczna była sprawowana w sposób prawidłowy. Wyrównanie hipokaliemii po przyjęciu M. C. (1) do szpitala nastąpiło drogą dożylną i było postępowaniem prawidłowym wobec stężenia potasu na poziomie 3,11 mmol/l, wywiadu dotyczącego nieprzyjmowania płynów i pokarmów oraz obserwowanych zmian w zapisie ekg. Wyniki badań laboratoryjnych u M. C. (1) przeprowadzone w dniach 10 i 12.05.2016 r. wykazywały łagodną hipokaliemię, przy której nie obserwuje się zaburzeń rytmu serca zagrażających życiu. U M. C. (1) odnotowano, że wystąpiło zachłyśnięcie, a więc doszło do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej (hipoksji), a następnie zatrzymania krążenia. Mechanizm

nagłego zatrzymania krążenia określono jako (...) co oznacza rozkojarzenie elektromechaniczne (obecność czynności elektrycznej serca bez fali tętna). Przyczyną zatrzymania krążenia u M. C. (1) było zachłyśnięcie.

(dowód: opinia biegłych – k. 505- 521, opinie uzupełniające – k. 569-572, k. 750 -752)

Pismem z dnia 15 marca 2017 r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 446 § 4 k.c. Pismem z dnia 21 marca 2017 r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia.

(dowód: wezwanie do zapłaty, pismo pozwanego z dnia 21 marca 2017 r – akta szkody – k. 116)

### **Sąd zważył, co następuje:**

W świetle zebranego w sprawie materiału dowodowego powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd dokonał ustaleń w niniejszej sprawie w oparciu o jasne i spójne zeznania świadków E. K., R. Ż., A. C., I. C., jak też załączoną dokumentację medyczną, a także korespondujące ze sobą i tworzące logiczną całość wnioski kompleksowej opinii głównej oraz uzupełniających opinii biegłych: z zakresu neurologii A. M. (1), z zakresu kardiologii S. O. oraz z zakresu medycyny sądowej A. M. (2). W ocenie Sądu opinia sporządzona przez biegłych jest rzetelna, jasna, nie zawiera sprzeczności ani luk. Biegli w sposób przekonujący uzasadnili wnioski zawarte w opiniach oraz ustosunkowali się do zarzutów do opinii zgłoszonych przez powódkę.

Sąd uwzględnił zeznania świadków P. G., T. G. i A. P. oraz powódki w zakresie jakim dotyczyły relacji łączących powódkę i M. C. (1) oraz cierpień powódki po jej śmierci. Odnosząc się do zeznań powódki i w/w świadków w zakresie dotyczącym okoliczności związanych z hospitalizacją zmarłej M. C. (1), Sąd uwzględnił je w stopniu w jakim znajdują potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym. Wskazać należy, że zapisy znajdujące się w dokumentacji medycznej, w tym dotyczące wywiadu z rodziną, nie zostały skutecznie podważone przez powódkę. Okoliczności dotyczące wystąpienia bezpośrednio przed hospitalizacją pogorszenia stanu zdrowia u M. C. (1) zostały potwierdzone przez świadka - lekarza prowadzącego R. Ż.. Wymieniona przeprowadziła wywiad z P. G., która poinformowała, że stan zdrowia babci uległ pogorszeniu w dniu 29 kwietnia 2016 r. Odnośnie zdarzenia z dnia 12 maja 2016 r. wskazać należy, że powódka przekazała lekarzowi informację, że napiła matkę w pozycji leżącej. Powyższe znajduje potwierdzenie w zeznaniach świadka R. Ż., które Sąd w całości uznał za wiarygodne i konsekwentne.

Odnosząc się do zeznań świadka M. J., wskazać należy, że świadek nie pamiętała okoliczności związanych z pobytem M. C. (1) w szpitalu. Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdziła, że przyjmowała pacjentkę na dyżurze.

Istota sporu między stronami sprowadzała się do tego, czy (...) Szpital (...) we W. ponosi odpowiedzialność za śmierć M. C. (1) w związku z procesem jej diagnozowania i leczenia w tym szpitalu w okresie od 3 maja 2016 r. do 12 maja 2016 r. . oraz czy i w jakim zakresie strona pozwana - (...) S.A. z siedzibą w W. - jest odpowiedzialna za szkodę wyrządzoną powódce mającej wynikać z niepodjęcia właściwych działań leczniczych.

Nie ulega wątpliwości, że pozwany ubezpieczyciel zawarł ze szpitalem umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosownie do art. 822 k.c. przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Zgodnie z treścią art. 822 § 4 kc poszkodowany w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Przywołane normy prawne w sposób jednoznaczny wskazują, że podstawę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń stanowi zawsze odpowiedzialność cywilna szpitala za szkodę wyrządzoną przez personel medyczny w czasie wykonywania czynności zawodowych. Odpowiedzialność ubezpieczyciela ma zatem charakter akcesoryjny, co

oznacza, że w konsekwencji będzie on zobowiązany do naprawienia tylko takiej szkody, za którą odpowiedzialność ponosi ubezpieczony podmiot (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 11 grudnia 2015 r., I ACa 676/15).

Powódka podstawę swojego roszczenia upatrywała w braku reakcji personelu medycznego na obniżony poziom potasu u M. C. (1). Według twierdzeń powódki przyczyną zatrzymania krążenia u powódki był obniżony poziom potasu. Dodatkowo powódka wskazała, że wpływ na ewentualne zachłyśnięcie miał personel medyczny, który sprawował opiekę w zakresie karmienia chorej. Podniosła, że w dokumentacji medycznej brak jest zapisu odnośnie pouczenia rodziny o konieczności zachowania pozycji chorej w trakcie karmienia.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej w reżimie deliktowym, opiera się na przepisach art. 415 k.c. w związku z art. 430 k.c., które znajdują zastosowanie również w niniejszej sprawie.

Stosownie do treści art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Szpital nie może się uwolnić od odpowiedzialności powołując się np. na brak winy w wyborze lekarza, winy w zakresie nadzoru nad wykonywaniem powierzonych czynności itp. Obowiązek odszkodowawczy po stronie szpitala nie powstaje jednak w przypadku, gdy personelowi szpitala nie można przypisać winy, bądź w razie braku którejkolwiek z pozostałych przesłanek odpowiedzialności np. związku przyczynowego między zawinionym działaniem personelu szpitala a wyrządzoną szkodą.

Do przyjęcia odpowiedzialności wymagane jest zatem wyrządzenie szkody przez podwładnego przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, wina podwładnego oraz związek przyczynowy między zawinionym zachowaniem podwładnego a powstałą szkodą. Dlatego też przyjęcie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej na podstawie wskazanych norm prawnych wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż postępowanie personelu medycznego nie było zgodne z zasadami sztuki lekarskiej (tj. było bezprawne) i było zawinione, w wyniku czego powstała szkoda, która pozostawała w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z takim działaniem, czy też zaniechaniem personelu medycznego.

W literaturze przedmiotu przez pojęcie "błąd w sztuce medycznej", zwany także "błędem lekarskim", rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na podstawie nauki i praktyki (zob. Marian Filar i inni, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wyd. Praw. "LexisNexis", Warszawa 2005 r., str. 29; por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 roku, sygn. IV CR 39/54 OSN 1957, poz. 7 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 roku, sygn. I KR 116/72). „Błąd medyczny” to nieprawidłowe postępowanie, którego skutków można było uniknąć przy zachowaniu zwykłej staranności, bez konieczności podejmowania działań nadzwyczajnych, w sytuacji kiedy był czas do namysłu (tak Krzysztof Woźniak „Błąd medyczny”, Katedra Medycyny Sądowej UJ CM, Kraków 2014).

Dla przyjęcia, że wystąpił błąd medyczny, czyli obiektywna sprzeczność z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną, koniecznym było wykazanie przez powódkę, na której spoczywał w tym zakresie ciężar dowodu (art. 6 k.c.), że zastosowano niewłaściwy sposób leczenia doprowadzający w konsekwencji do śmierci matki powódki.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie wykazało, aby doszło do nieprawidłowości w szpitalu. Biegli A. M. (1), S. O. oraz A. M. (2) w ekspertyzie głównej oraz uzupełniających opiniach w sposób spójny i logiczny wypowiedzieli się na temat zasadności działań i procedur podejmowanych przez personel szpitala wobec M. C. (1). Biegli byli zgodni, że wszelkie badania wymienionej zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy i rzetelny. M. C. (1) miała przeprowadzoną szeroką diagnostykę z oceną neurologiczną, kardiologiczną i internistyczną. Zlecono w sposób prawidłowy badania dodatkowe i konsultacje specjalistyczne. Wdrożono diagnostykę różnicową dolegliwości bólowych brzucha i głowy. Przeprowadzono badanie tomografii komputerowej głowy, ekg, usg jamy brzusznej, rtg klatki piersiowej, rtg przeglądowe jamy brzusznej oraz konsultację kardiologiczną i gastroenterologiczną. Na podstawie uzyskanych wyników badań wykluczono ostre schorzenia jamy brzusznej wymagające pilnej interwencji

chirurgicznej, ostry zespół wieńcowy, świeże zmiany niedokrwienne czy pourazowe w zakresie ośrodkowego układu nerwowego. Podano lek o działaniu przeciwbólowym (K.) oraz nawodnienie drogą dożylną. Wobec stwierdzonej hipokaliemii i zmian w zapisie ekg zastosowano wyrównanie niedoboru potasu. Zalecono obserwację w warunkach oddziału chorób wewnętrznych, co było postępowaniem prawidłowym. Biegli wskazali, że z zapisów w dokumentacji medycznej wynika, że w dniu 12.05.2016 r. powódka napoiła pacjentkę i musiało dojść do zachłyśnięcia, co potwierdza obecność dużej ilości treści pokarmowej z płuca prawego, wystąpienie zatrzymania krążenia w mechanizmie (...). Pomimo podjętych w sposób prawidłowy czynności resuscytacyjnych nie udało się przywrócić hemodynamicznie wydolnej czynności serca. Ponadto biegli wskazali, że wyrównanie hipokaliemii po przyjęciu pacjentki do szpitala nastąpiło drogą dożylną i było postępowaniem prawidłowym. Biegli wykluczyli, aby u M. C. (1) wystąpiła ciężka hipokaliemia, która mogła zagrażać życiu i być przyczyną zgonu. Sąd w całości popiera powyższe wnioski opinii. Podkreślić wypada, że biegli nie mieli wątpliwości co do słuszności decyzji podejmowanych przez personel szpitala.

U M. C. (1) wystąpiło zachłyśnięcie, a więc doszło do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej (hipoksji). Potwierdzeniem powyższego faktu była odessana patologiczna treść z drzewa oskrzelowego. Zatem za przyczynę zatrzymania krążenia należy przyjąć zachłyśnięcie. Podnieść należy, że z zeznań świadka R. Ż. wynika, że powódka była pouczona o sposobie karmienia matki. Zresztą nie wymaga specjalistycznej wiedzy medycznej okoliczność, że podawanie płynów osobie na leżąco stanowi zagrożenie dla jej życia. Przeciętna osoba dorosła posiada wiedzę, że spożywanie napojów w pozycji leżącej nawet przez osobę zdrową jest niebezpieczne dla jej zdrowia i życia.

W ocenie Sądu procedury diagnostyczne i terapeutyczne jakie stosowano wobec M. C. (1) były prawidłowe. Jak wskazali biegli, nieskuteczność działań resuscytacyjnych była konsekwencją najprawdopodobniej zbyt późnego ich podjęcia, co wynikało z zaniedbań powódki. W dniu 12.05.2016 r. w czasie podawania napoju przez powódkę chorej, która znajdowała się w pozycji leżącej, doszło do zachłyśnięcia, co nie zostało niezwłocznie zgłoszone przez powódkę.

Reasumując, w okolicznościach niniejszej sprawy brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego Szpitala na gruncie art. 415 k.c. w zw. art. 430 k.c. Z tych przyczyn na podstawie powołanych przepisów orzeczono jak w pkt I wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w oparciu o art 98 k.p.c. zasądzając od strony przegrywającej sprawę w całości, czyli od powódki na rzecz pozwanego jako wygrywającego kwotę 6.698,25 zł. Koszty procesu obejmują kwotę 5.417 zł z tytułu poniesionych przez pozwanego kosztów zastępstwa prawnego i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, kwotę 1.281,25 zł tytułem wydatków na wynagrodzenie biegłych (punkt II wyroku).

Na podstawie art.107 k.p.c. Sąd przyznał (...) Szpitalowi (...) we W. od powódki koszty interwencji w kwocie 6.717 zł. Koszty obejmują: 1.300 zł z tytułu opłaty sądowej od interwencji oraz 5.417 zł z tytułu poniesionych przez interwenienta kosztów zastępstwa prawnego i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (pkt III wyroku).

W pkt IV wyroku Sąd orzekł o obowiązku zwrotu kosztów sądowych w oparciu o art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c. Nieuiszczone koszty sądowe wyniosły 1.449,82 zł, w tym w kwocie 1.408,49 zł tytułem wydatków na wynagrodzenie biegłych i 41,33 zł tytułem kosztów dokumentacji medycznej.

SSO Ewa Oknińska