

Sygn. akt I ACa 472/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 października 2014r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Stanek
Sędziowie:	SA Dorota Ochalska - Gola (spr.) SO del. Jolanta Borkowska
Protokolant:	st. sekr. sądowy Jacek Raciborski

po rozpoznaniu w dniu 8 października 2014r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. S. (1)**

przeciwko (...) **Spółce Akcyjnej z siedzibą w (...) Centrum (...) w Ł. oraz Wojewódzkiej (...) w Ł.**

przy udziale interwenientów ubocznych po stronie pozwanej: **Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. Oddziału w Ł. oraz R. W. (1)**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanych

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 18 grudnia 2013r. sygn. akt II C 1045/08

I. zmienia zaskarżony wyrok w punktach 1,2,3 i 4 w ten sposób, że oddala powództwo i nie obciąża J. S. (1) kosztami procesu;

II. nie obciąża J. S. (1) kosztami postęp. apel.

Sygn. akt I ACa 472/14

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 18 grudnia 2013 roku Sąd Okręgowy w Łodzi II Wydział Cywilny zasądził od (...) Spółki Akcyjnej w W. i Wojewódzkiej (...) w Ł. na rzecz J. S. (1) : kwotę 80.000 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej po śmierci męża oraz kwotę 14.810 złotych tytułem zwrotu kosztów pogrzebu z ustawowymi odsetkami : od (...) Spółki Akcyjnej w W. od dnia 26 września 2008 roku do dnia

zapłaty, a od Wojewódzkiej (...) w Ł. od dnia 1 października 2008 roku do dnia zapłaty, z tym zastrzeżeniem, że zapłata którejkolwiek z wymienionych kwot. przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego z obowiązku świadczenia do wysokości dokonanej zapłaty oraz, że łączna odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej w W. ograniczona jest kwotą 200.000 złotych; oddalił powództwo w pozostałej części; nakazał ściągnąć od (...) Spółki Akcyjnej w W. i Wojewódzkiej (...) w Ł. solidarnie kwotę 8.370 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa; nie obciążył powódki J. S. (1) kosztami procesu od oddalonej części powództwa.

Powyższy wyrok Sąd pierwszej instancji oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

W dniu 31 października 2002 r. mąż powódki J. S. (2) przebywał na działce, gdzie wycinał gałęzie. Po powrocie do domu uskarżał się na złe samopoczucie. Powódka najpierw skontaktowała się z lekarzem rodzinnym – M. L., która posiadając wiedzę o tym, że J. S. (2) cierpiał wcześniej na kamicę nerkową wskazała, że podejrzewa atak kolki nerkowej, zaleciła podanie no-spy i wezwanie pogotowia.

O godzinie 16:17 J. S. (1) połączyła się z Wojewódzką (...) w Ł.. O godzinie 16:20 dyspozytor Wojewódzkiej (...), mieszczącego się w Ł. przy ul. (...), wypełnił kartę wyjazdu pogotowia, w której odnotował „b. w kl., zasłabł, spocony”. Następnie (...) o godzinie 16:22 przekazała zlecenie drogą telefoniczną swojemu oddziałowi dzielnicowemu, mieszczącemu się wówczas na ul. (...). W dokumentacji w miejscu opisu wpisano: „zasłabł, spocony”.

Starszy dyspozytor biura wezwań podjął wtedy decyzję o wysłaniu do J. S. (2) karetki pogotowia typu W, w której składzie był lekarz – (...), sanitariusz i kierowca. Karetka nie była wyposażona w aparat EKG. Na III piętro do mieszkania powódki i jej męża wszedł lekarz i sanitariusz. Lekarz R. W. (1) odebrał wywiad od pacjenta. W karcie zlecenia wyjazdu odnotowane zostało obciążenie kamicą nerkową oraz kłujący ból w dolnej 1/2 klatki piersiowej. J. S. (2) wskazywał, że wrócił do domu z działki, był słaby, spocony i odczuwał lekki, kłujący ból w klatce piersiowej w związku z wysiłkiem lub oddechem. Lekarz R. W. (1) podjął decyzję o przewiezieniu pacjenta do szpitala celem wykonania badań i polecił J. S. (2), aby ubrał się i zszedł do karetki.

W czasie chodzenia po schodach J. S. (2) osunął się bezwładnie i stracił przytomność, doszło u niego do zatrzymania krążenia. R. W. (1) przystąpił do masażu serca, zastosowano oddechambu. Do pomocy została wezwana karetka (...), która przyjechała po ok. 2-3 min. od wezwania. W jej składzie był m.in. lekarz P. W. (1).

Po przyjeździe karetki (...) podłączono defibrylator. Wykonana została skuteczna resuscytacja. Pacjentowi zostało przywrócone krążenie bez czynności oddechowej. J. S. (2) został zabezpieczony respiratorem. W karetce (...) pacjentowi wykonano badanie EKG, którego wynik zaginął.

J. S. (2) został następnie przewieziony z miejsca swojego zamieszkania w Ł., przy ul. (...) w (...) do Szpitala w B., gdzie dotarł do Izby Przyjęć o godzinie 17:50. Lekarze uważali, że wobec tego, że pacjentowi potrzebny jest respirator należy zawieźć go na (...). Rozważana był też decyzja o zawiezieniu J. S. (2) na program kardiologiczny. Dyspozytor (...) wskazał, że jest to niecelowe, gdyż nie ma tam sprzętu podtrzymującego oddech, podał, że najbliższy (...) znajduje się w B.. Ostatecznie została podjęta decyzja o przewiezieniu pacjenta do miejsca wskazanego przez dyspozytora.

(...) ostrych dyżurów hemodynamicznych, zwany programem kardiologicznym, funkcjonuje w Ł. od 1 czerwca 2001 r. W dacie przedmiotowego zdarzenia prowadziły go dwa szpitale – im. W. B. i Klinika (...) w Szpitalu im. S. (...). Przyjmowały one pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi z terenu Ł. i województwa, spełniających kryteria do zastosowania leczenia inwazyjnego, także po reanimacji i zaintubowanych. Wytyczne dotyczące kwalifikacji pacjentów do leczenia w ramach programu kardiologicznego były przekazywane na spotkaniach organizowanych cyklicznie przez Konsultanta Wojewódzkiego ds. Kardiologii.

W 2002 r., kryterium kwalifikującym chorego do przewiezienia na ostry dyżur hemodynamiczny było rozpoznanie świeżego zawału mięśnia sercowego (czas odczuwania dolegliwości bólowych nie dłuższy niż 1 godzina, w zapisie wielokanałowym EKG – co najmniej w dwóch kolejnych odprowadzeniach – widoczne uniesienie odcinka ST o co

najmniej 2 mm), bez zatrzymania krążenia i przy zachowanym oddechu własnym pacjenta. Z czasem warunki przyjęcia do programu ulegały poszerzeniu.

Dyżurni lekarze ww. Klinik przyjmowali telefony, które umożliwiały bezpośredni kontakt z szefem dyżuru po to, by wyjaśnić wątpliwości przy kwalifikacji chorych. Decyzję o przewiezieniu pacjentów do ww. Klinik podejmował lekarz (Pogotowia (...), Izby Przyjęć Szpitala, Poradni) w oparciu o własne rozpoznanie kliniczne ostrego zawału serca. Pacjent mógł być przesłany bezpośrednio do kliniki bez uzgodnienia, bądź po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu z zespołem dyżurnym. Lekarze obu Klinik nie odmawiają przyjęcia chorego z ostrym zawałem serca.

Stan kliniczny J. S. (2) kwalifikował go do przewiezienia do ww. Kliniki bezpośrednio po reanimacji prowadzonej przez lekarza pogotowia z pominięciem oddziału (...). Opóźnienie podjęcia leczenia inwazyjnego, w tym pobyt na (...) w ostrej fazie zawału serca nie zapewnia możliwości najbardziej optymalnego leczenia i oddala moment przywrócenia krążenia wieńcowego w zamkniętym naczyniu.

W 2002 r. w szpitalu im. W. B. nie było (...), natomiast był pododdział intensywnej opieki kardiologicznej, który dysponował odpowiednim sprzętem, respiratorem i zapleczem anestezyjologicznym 24 – godzinnym, który umożliwiał czasową hospitalizację chorych wymagających sztucznej wentylacji. Po 48 godzinach pacjent taki z uwagi na ograniczenie czasowe był przekazywany do ośrodka, który miał (...). W 2002 r. na program Kliniki przyjmowała pacjentów zaintubowanych pod warunkiem, że konieczność intubacji była wynikiem zatrzymania krążenia związanego z zawałem.

Jeżeli u pacjenta występuje ból w klatce piersiowej trwający dłużej niż 10-15 minut, to zawsze takiego pacjenta, niezależnie od tego czy miał wykonane Ekg czy nie, należy traktować jako pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Podstawową metodą zabezpieczenia takiego pacjenta, u którego jest cień podejrzenia zespołu wieńcowego, np. gdy ma nietypowe objawy w nadbrzuszu, jest bezwzględne, opisywane w podręcznikach z lat 50-tych unieruchomienie pacjenta. Gdy nie ma możliwości w warunkach domowych dokonania potwierdzenia i wykluczenia stanu zagrożenia, to tym bardziej takiego pacjenta należy traktować jako pacjenta w stanie zagrożenia życia. Należy wtedy postawić najgorsze rozpoznanie, a potem je weryfikować. Jeśli przywieziony na program pacjent nie kwalifikował się do diagnostyki hemodynamicznej lub przekroczył okno czasowe to pozostawał w szpitalu, do którego był przewożony, albo był diagnozowany na izbie przyjęć pod kątem występowania biochemicznych markerów. Jeśli wynik był ujemny pacjent albo zostawał w szpitalu albo był odsyłany karetką do rejonowego szpitala celem dalszego leczenia.

Po przywiezieniu J. S. (2) do szpitala w B. lekarz J. W. przyjął go na oddział intensywnej opieki medycznej. Pacjent został podłączony do respiratora i wykonano mu EKG. Z jego zapisu wynikało, że pacjent ma zawał mięśnia sercowego. Pobrano także krew do badań biochemicznych. Po jakimś czasie od przyjęcia pacjent zaczął się wybudzać, reagować na ból, źrenice reagowały na światło.

Z uwagi na młody wiek pacjenta, przywrócenie krążenia i odzyskiwanie przytomności lekarz J. W. podjęła decyzję o przewiezieniu pacjenta na oddział hemodynamiki w ramach programu kardiologicznego w celu wykonania zabiegu. W tym celu skontaktowano się ze szpitalem im. W. B. w Ł., gdzie po przedstawieniu stanu pacjenta uzyskano zgodę na przewiezienie na program.

Na Izbie Przyjęć Szpitala im. W. (...) w Ł. J. S. (2) zaczęła sinieć twarz, przystąpiono do kolejnej reanimacji. W Izbie Przyjęć nie było defibrylatora, polecono jego przyniesienie z karetki. Po jego dostarczeniu i podłączeniu rozpoznano migotanie komór. Rytm zatokowy wrócił u pacjenta po drugim strzale defibrylatora. Podjęto wtedy decyzję o przewiezieniu pacjenta na oddział hemodynamiki.

U J. S. (2) wykonano zabieg w celu udrożnienia tętnicy odpowiedzialnej za zawał. Zabieg powiódł się, jednak pojawiły się objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Pacjent przebywał na oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego.

W dniu 4 listopada 2002 r. J. S. (2) został przewieziony do Szpitala im. K. (...) w Ł.. W chwili przyjęcia do Szpitala im. (...) stan pacjenta był ciężki, źrenice nie reagowały na światło, zaobserwowano wiotkość kończyn, co świadczyło o uszkodzeniu (...). W efekcie J. S. (2) zmarł 7 listopada 2002 r.

W szpitalu im. W. B. nie ma oddziału (...), jest tzw. czasowa reanimacja chorego do 48 h. W ramach Kliniki (...) jest wyodrębniony Pododdział Intensywnej (...) Kardiologicznej. W dniu 31 października 2002 r. przez cały czas pełnienia dyżuru były wolne miejsca. Przed godziną 20-tą nie pytano lekarzy dyżurujących o wolne miejsca w Klinice. Do Kliniki (...) kwalifikowani są do leczenia interwencyjnego chorzy z rozpoznanym zawałem serca.

J. S. (2) w dniu 31 października 2002 r. doznał ostrego zawału ściany dolnej prawej tętnicy.

Zasady przyjmowania i realizacji zgłoszeń wpływających do (...) w Ł. w dacie przedmiotowego zdarzenia regulowało Zarządzenie Wewnętrzne Nr (...) Dyrektora (...) z dnia 10 czerwca 2002 r. i przepisy ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z art. 4 ww. ustawy po udzielonej pomocy medycznej zespoły ratownictwa medycznego winny przewieźć pacjentów wymagających hospitalizacji do najbliższych oddziałów szpitalnych właściwych ze względu na stan chorego określony rozpoznaniem lekarskim. W praktyce zapis ten nie był realizowany z uwagi na brak miejsc w szpitalach. W celu uniknięcia niepotrzebnych transportów Centrum Powiadamiania Ratunkowego prowadziło tzw. bank wolnych miejsc. Każdego dnia szpitale w godz. od 7 do 8 winny zgłaszać stan wolnych łóżek na poszczególnych oddziałach, a w ciągu dnia zmiany powodujące zadysponowanie wcześniej zgłoszonych miejsc. Na podstawie tych informacji dyspozytor (...) powiadamiał zespół wyjazdowy, do którego szpitala można przewieźć pacjenta.

W dniu 18 listopada 2002 r. powódka złożyła doniesienie do Prokuratury Rejonowej Ł. w Ł.. Sprawa została zarejestrowana pod numerem Ds. 3817/04 .

W sprawie tej R. W. (1) został oskarżony o to, że w dniu 31 października 2002 r. w Ł., będąc zobowiązanym do opieki nad J. S. (2), udzielając mu jako lekarz Pogotowia (...) pomocy medycznej, pomimo uzyskanego wywiadu o wzmożonym poceniu, osłabieniu, bólach w połowie klatki piersiowej, błędnie zdiagnozował stan chorego – ignorując możliwość wystąpienia zawału serca i nakazując pacjentowi samodzielne zejście po schodach do karetki, naraził pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co przejawiało się w nagłym zatrzymaniu krążenia i oddechu w przebiegu ostrego incydentu wieńcowego, czym w konsekwencji – pomimo przeprowadzonego zabiegu koronografii nieumyślnie doprowadził do śmierci J. S. (2) w dniu 7 listopada 2002 r., tj. o czyn z art. 160 § 2 kk w zw. z art. 155 kk w zw. z art. 11 §2 kk.

P. W. (1) natomiast został oskarżony o to, że w dniu 31 października 2002 r. w Ł., będąc zobowiązanym do opieki nad J. S. (2), udzielając mu jako lekarz karetki reanimacyjnej Pogotowia (...) pomocy medycznej, pomimo ujawnionego w trakcie akcji reanimacyjnej migotania komór, świadczącego o istnieniu ostrego incydentu wieńcowego, po przywróceniu czynności mechanicznej serca, zaniechał transportu chorego bezpośrednio do Kliniki (...), pełniącej ostry dyżur - na program inwazyjnego leczenia zawału serca, decydując o przewiezieniu pacjenta do Oddziału Intensywnej (...) w szpitalu (...), czym naraził pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, doprowadzając do długotrwałego przebywania ww. bez specjalistycznej pomocy kardiologicznej, czym nieumyślnie doprowadził do śmierci pokrzywdzonego w dniu 7 listopada 2002 r., tj. o czyn z art. 160 § 2 kk w zw. z art. 155 kk w zw. z art. 11 § 2 kk .

Wyrokiem z dnia 15 lutego 2007 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi w miejsce zarzucanego czynu uznał R. W. (1) za winnego tego, że w dniu 31 października 2002 r. w Ł., będąc zobowiązanym do opieki nad J. S. (2), udzielając mu jako lekarz Pogotowia (...) pomocy medycznej, pomimo uzyskanego wywiadu o wzmożonym poceniu, osłabieniu, bólach w połowie klatki piersiowej, błędnie zdiagnozował stan chorego – ignorując możliwość wystąpienia zawału serca i nakazując pacjentowi samodzielne zejście po schodach do karetki, naraził pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co przejawiało się w zwiększeniu

niebezpieczeństwa wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia i oddechu w przebiegu ostrego incydentu wieńcowego, tj. czynu z art. 160 § 2 kk w zw. z art. 160 § 3 kk .P. W. (1) został natomiast uniewinniony od zarzucanego mu czynu.

Wyrok ten został utrzymany w mocy wyrokiem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 30 listopada 2007 r.

Równolegle do postępowania karnego toczyło się także postępowanie przed Sądem lekarskim, dotyczące P. W. (1) i R. W. (1), wszczęte w dniu 18 listopada 2002 r. przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Obaj obwinieni zostali prawomocnie uniewinnieni przez Naczelny Sąd Lekarski od zarzucanego im błędu w sztuce.

Na potrzeby postępowania karnego oraz przed Sądem Lekarskim wydawane były liczne opinie medyczne . W postępowaniu karnym opinie wydał Zespół Akademii Medycznej we W. oraz biegły kardiolog K. K. (1).

W postępowaniu przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej i Sądem lekarskim opinie wydali: (...) Szpital (...) im. WAM w Ł., Klinika (...) i Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu (...) w Ł., prof. dr hab. med. J. A. z (...) J., prof. dr hab. med. M. C. – kierownik Kliniki (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W., Kierownik II Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii (...) Akademii Medycznej prof. dr hab. med. L. P. (1), Akademia Medyczna w G. .

Według opinii Akademii Medycznej we W. lekarz Pogotowia (...) uzyskawszy od chorego wywiad o wzmożonym poceniu, osłabieniu, oraz o występowaniu bólów w dolnej części klatki piersiowej, niezależnie od wyników badania przedmiotowego, winien w diagnostyce uwzględnić tworzący się zawał mięśnia sercowego. Celem wykluczenia takiego rozpoznania należało chorego przewieźć do szpitala dla wykonania badania ekg i badań laboratoryjnych. Jeśli lekarz takiego podejrzenia nie przyjął to jego postępowanie było nieprawidłowe. Błędna była też decyzja nakazująca choremu samodzielne zejście do karetki. W każdym przypadku wskazującym na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego lub tworzący się zawał chory musi być transportowany na noszach lub specjalnym siodełku. Zaniechanie takiego transportu narażało chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Chory po nagłym zatrzymaniu krążenia, przy podejrzeniu ostrego niedokrwienia lub zawału mięśnia sercowego powinien być przetransportowany do Oddziału Kardiologicznego. Jeśli nie istniała możliwość skierowania chorego do Oddziału Kardiologicznego zasadnym było przewiezienie do Szpitala z Oddziałem Intensywnej (...).

Zgodnie z opinią (...) Szpitala (...) im. WAM w Ł. lekarz R. W. (1) mógł u J. S. (2) podejrzewać ostry zespół wieńcowy i zlecić przeniesienie chorego na noszach do karetki oraz przewiezienie na program kardiologiczny choć stan chorego nie wskazywał na zagrożenie życia. Pacjent powinien być przewieziony na program kardiologiczny bądź do najbliższego szpitala z Oddziałem Kardiologicznym. Biorąc pod uwagę rozległość zmian w naczyniach wieńcowych trudno określić czy wcześniejsze wykonanie angioplastyki miałoby istotny wpływ na rokowanie. Niewątpliwie przewożenie pacjenta ze Szpitala do szpitala mimo pełnego zabezpieczenia funkcji życiowych rokowania nie poprawia.

Klinika (...) i Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu (...) w Ł. stwierdziła, że lekarz R. W. (1) przy zgłaszanych przez pacjenta dolegliwościach nie powinien sprowadzać chorego po schodach z III piętra tylko polecić zniesienie go na noszach - przy zgłaszanych dolegliwościach powinno się zawsze podejrzewać wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego. Po akcji reanimacyjnej i przywróceniu samoistnej czynności serca pacjent powinien bezwzględnie być przewieziony do Pracowni Hemodynamiki w Klinice (...) w Szpitalu im. W. (...), który tego dnia pełnił ostry dyżur. Przewożenie chorego w stanie ciężkim po skutecznej reanimacji do szpitala w B. było niewłaściwe. Lekarz powinien zatelefonować do Kliniki (...) w Szpitalu im. (...) i przedstawić przebieg zdarzeń. Chory uniknąłby wówczas niepotrzebnej jazdy do B., co być może nie zmieniłoby ostatecznego wyniku postępowania leczniczego u J. S. (2).

Prof. dr hab. med. J. A. z (...) J. nie odnosił się do kwestii prawidłowości polecenia pacjentowi przez R. W. (1) zejścia po schodach przy zgłaszanych dolegliwościach. Uznał postępowanie w prowadzeniu resuscytacji krążeniowo – oddechowej za prawidłowe, podobnie jak umieszczenie chorego na oddziale intensywnej terapii.

Zdaniem prof. dr hab. med. M. C. – kierownika Kliniki (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W. podejrzenie zawału serca u chorego, niezależnie od aktualnego stanu przedmiotowego, wymaga unieruchomienia, podania

aspiryny, przygotowanie drogi dożylniej, podania leku przeciwbólowego i transportu do najbliższego szpitala posiadającego oddział Kardiologii z salą intensywnego nadzoru. Chory powinien być transportowany w pozycji leżącej do najbliższego szpitala w celu szybkiej diagnostyki i ustalenia dalszego sposobu postępowania. Po zatrzymaniu krążenia, kiedy rozpoznanie zawału było pewne i świadczyło o nim migotanie komór u chorego z objawami ostrego incydentu wieńcowego i po skutecznej reanimacji chory powinien być przekazany do ośrodka hemodynamicznego w celu wykonania koronarografii i plastyki. Pacjent nie powinien być transportowany do szpitala w B., bo Oddziały wykonujące procedury „otwarcia zawału” mają własny intensywny nadzór. Transport do B. oddalał pomoc specjalistyczną w zakresie kardiologii. Chory umieszczony w (...) w B., a następnie po rozpoznaniu zawału przewieziony do Ł. nie uzyskał istotnej korzyści, albowiem upłynął optymalny czas do dokonania rewaskularyzacji mięśnia serca.

Prof. dr hab. med. L. P. (1) - Kierownik II Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii (...) Akademii Medycznej wskazał, że w przedmiotowym przypadku popełniono szereg błędów, które w konsekwencji doprowadziły do zgonu chorego. W pierwszej kolejności podał, że do chorego w wieku 42 lat, „który zasłabł i jest spocony” powinien pojechać zespół wyposażony w aparat Ekg i zestaw do reanimacji. Lekarz musi w takich przypadkach wykazać nadmierną ostrożność i przy cieniu wątpliwości potraktować chorego jako szczególnie zagrożonego. Takiej czujności w tym przypadku zabrakło. Nadto, chory odbył niepotrzebny transport do B. zamiast od razu trafić do Kliniki (...).

Według opinii prof. dr hab. n. med. A. R. – kierownika I Katedry i Kliniki (...) w G. postawione przez R. W. (1) rozpoznanie było błędne, co spowodowało dalsze konsekwencje w postaci braku unieruchomienia chorego. W przypadku rozpoznania napadu kolki nerkowej chory może samodzielnie zejść z III pietra, a zalecanie transportu noszowego w sytuacji, gdy nie ma takiej konieczności jest nieuzasadnione i niepotrzebnie naraża chorego na stres. Diametralnie różna jest jednak sytuacja, jeśli chociaż wstępnie pada rozpoznanie ostrego zespołu wieńcowego. Znane są bowiem maski brzuszne czy zawały mięśnia sercowego skąpo objawowe. Jeśli podejrzewany jest zawał serca to unieruchomienie chorego jest obowiązkiem. Niewykonanie go naraża pacjenta na możliwość powikłań takich jak m.in. wczesne zaburzenia rytmu czy nagłe zatrzymanie krążenia, na które pacjent jest szczególnie narażony w pierwszych minutach i godzinach ostrego zespołu wieńcowego.

W sprawie na pytanie lekarza R. W. (1) stanowisko zajęli również prof. zw. dr hab. G. O. oraz dr hab. med. Krzysztof J. F.. Wskazali, że przy założeniu występowania objawów podawanych przez powódkę, typowych dla zawału serca postępowanie lekarza nie było prawidłowe. Objawów takich lekarz nie powinien przeoczyć i w żadnym razie nie powinien zezwolić choremu na zejście po schodach z 3 piętra do karetki. Nawet niewielki bowiem wysiłek może spowodować przy świeżym zawale serca migotanie komór. Nieprawidłowa była decyzja o nieprzewiezieniu J. S. (2) do oddziału szpitalnego z dyżurującą pracownią hemodynamiczną. Przebieg wydarzeń w postaci nagłego zatrzymania krążenia, skutecznej reanimacji i obserwowanym migotaniu komór winno skłaniać do decyzji o transporcie pacjenta do ww. oddziału. Przewiezienie chorego do szpitala w B., hospitalizacja w oddziale anestezjologicznym, konsultacja internistyczna i ponowny transport do Ł. stanowiły opóźnienie podjęcia leczenia przyczynowego świeżego zawału serca, co było prawdopodobnie bezpośrednią przyczyną ponownego zatrzymania krążenia.

Zgodnie z zakresem obowiązków lekarz decyduje o przewiezieniu chorego do szpitala. W przypadku trudności w podjęciu decyzji zwraca się po dyspozycje do Starszego Lekarza Biura Wezwań. W czasie dyżury lekarz podlegał bezpośrednio Starszemu Lekarzowi Biura Wezwań.

Bezpośrednią przyczyną zgonu J. S. (2) była śmierć mózgu, natomiast przyczyną wyjściową – zawansowana wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca, z powodu której doszło do zawału ściany dolnej i tylnej lewej komory serca ze współistniejącym zawałem prawej komory serca, a w jego przebiegu po nagłym zatrzymaniu krążenia doszło do rozwiniętego wstrząsu kardiogenego.

Do śmierci pacjenta doszło na skutek szeregu sekwencji, które nałożyły się na siebie. Bezpośrednią przyczyną była śmierć mózgu. Do śmierci mózgu doszło w przebiegu ciężkiego zawału serca ze wstrząsem kardiogenym, a także w

następstwie i w związku z drugą reanimacją. Wtedy rozwinął się wstrząs kardiogeny i ujawniły objawy wskazujące na narastające uszkodzenie mózgu.

Zawał serca spowodowany był całkowitym zamknięciem prawej tętnicy wieńcowej. Do całkowitego jej zamknięcia doszło najprawdopodobniej przed godz. 18, ale sekwencja zdarzeń, które doprowadziły do jej zamknięcia została zainicjowana w czasie pierwszej resuscytacji. Jeśli mięsień serca był wcześniej niedokrwiony na skutek aktywności własnej chorego, o czym on nie wiedział, to wtedy nawet nieduży wysiłek może się dodatkowo nałożyć i być stymulatorem powodującym wystąpienie bloku całkowitego.

Jest reguła, że jeśli u pacjenta jest zawał to transportuje się go w warunkach unieruchomienia, aby ograniczyć możliwość wykonywania wysiłku fizycznego, który zwiększa pracę serca. Nadmierny wysiłek może spowodować zatrzymanie krążenia.

Po fakcie decyzję o przewiezieniu J. S. (2) do szpitala w B. należy uznać za nietrafną. W czasie podejmowania decyzji przez lekarzy pogotowia były wskazania do pilnego przeprowadzenia pełnej diagnostyki kardiologicznej w zakresie niezbędnym i możliwym ze względu na stan pacjenta, co w tym przypadku oznaczało konieczność hospitalizacji w oddziale dysponującym możliwością prowadzenia respiratoterapii. Gdy ujawnił się obraz rozwijającego się zawału ściany dolnej pojawiły się wskazania do zakwalifikowania pacjenta na program inwazyjnego leczenia.

W momencie podejmowania decyzji o transporcie pacjenta do szpitala lekarze nie mieli świadomości występowania u chorego zawału, a jedynie podejrzenie jego występowania lub możliwości jego rozwinięcia w przyszłości. Gdyby istniało podejrzenie zawału serca, a pacjent nie wymagałby oddechu zastępczego i jednocześnie nie spełniał kryterium przyjęcia na program to mógłby znaleźć się na rejonowym oddziale internistycznym lub współpracującym z nim kardiologicznym.

Obecnie nie można stwierdzić czy przedmiotowy przypadek uznano by za kwalifikujący się do koronarografii w trybie natychmiastowym po bezpośrednim przewiezieniu pacjenta do Kliniki (...) dysponującej dyżurnym zespołem hemodynamicznym. Przy pierwszym Ekg, wykonanym w szpitalu w B. zaczęły ujawniać się objawy zawału serca. Do tego czasu nie istniały powody do zawiezienia pacjenta na program z uwagi na niespełnianie kryteriów.

Biorąc pod uwagę incydent późniejszego zatrzymania przewodnictwa pomiędzy przedsionkami a komorami i zatrzymanie serca oraz zamknięcie prawej tętnicy wieńcowej, która doprowadziła do zawału, można przyjąć, że to co działo się w mieszkaniu pacjenta najprawdopodobniej było początkiem problemów z przewodnictwem czyli bloków, początkowo niepełnego, a później przejściowo całkowitego, co z kolei spowodowało konieczność akcji reanimacyjnej. To było czynnikiem inicjującym całkowite zamknięcie tętnicy wieńcowej i późniejszy zawał.

Dolegliwości jakie występowały u J. S. (2) wskazywały na tzw. maskę brzuszną zawału mięśnia sercowego.

W chwili zdarzenia R. W. (1) obowiązki lekarza w (...) pełnił na podstawie kontraktu z dnia 1 sierpnia 2002 r. Był ubezpieczony w zakresie OC w (...) S.A. Odpowiedzialność (...) S.A. za szkody wyrządzone przez lekarza R. W. (1) była ograniczona do kwoty 200.000 złotych za jedno zdarzenie.

Wojewódzka (...) w dacie przedmiotowego zdarzenia posiadała ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w Towarzystwie (...) S.A. Oddziale w Ł..

Powódka pozostawała w związku z J. S. (2) od 1988 r. Od 1992 r. byli małżeństwem, nie posiadali dzieci. Od 1992 r. mieli firmę w zakresie usług projektowych. Do 2000 r. firmę tę prowadzili wspólnie. Od 2001 r. J. S. (2) prowadził samodzielnie działalność gospodarczą - firmę windykacyjną. Powódka zaprzestała prowadzenia działalności z mężem z uwagi na stan zdrowia i problemy z kręgosłupem. Korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych, masaży, na które była wożona przez męża. Leczyła się także na tarczycę. W dacie śmierci męża powódka nie pracowała.

J. S. (2) leczył się przed śmiercią na kamicę nerkową. Nie zażywał leków. Mąż powódki pomagał jej w pracach domowych .

Po śmierci męża powódki wzrosły opłaty za mieszkanie, powódka zmieniła abonament tv na pakiet socjalny za 38 złotych. Ponościła też opłaty za telewizję kablową w wysokości 30 złotych miesięcznie. Małżonkowie S. posiadali samochód osobowy marki R. (...), rok prod. 1999, który powódka ma do chwili obecnej. Powódka ma także działkę po rodzicach we współwłasności z bratem . Małżonkowie S. posiadali oszczędności w wysokości 30.000 złotych. Dochody małżonków S. wynosiły: w 1999 r. – 11.478,40 złotych, w 2000 r. 17.934,24 złotych, w 2001 r. – 7.047 złotych . Obecnie powódka utrzymuje się z emerytury w wysokości 1.800 złotych netto. Powódka mieszka w tym samym mieszkaniu. Opłaty za mieszkanie wynoszą 380 złotych łącznie z opłatą za wodę, gaz i ogrzewanie. Za prąd powódka płaci 60-70 złotych, za telefon- ok. 40 złotych. Ubezpieczenie samochodu kosztuje powódkę 1.300 złotych rocznie. Za użytkowanie wieczyste gruntu pod garażem powódka płaci 100 złotych rocznie, natomiast z tytułu podatku – 200 złotych rocznie. Na leki powódka wydaje ok. 300 złotych miesięcznie.

Śmierć męża była dla powódki ogromną tragedią. U powódki wystąpił spadek nępeu i nastroju, znaczna skłonność do płaczu, poczucie żalu, utraty sensu życia oraz zaburzenia adaptacyjne, które uniemożliwiały jej funkcjonowanie społeczne. Po śmierci męża powódka pozostawała pod opieką (...), uczęszczała także do psychologa. Leczyła się także w Poradni Endokrynologicznej, Kardiologicznej, (...), Ortopedycznej, Gastrologicznej, Neurologicznej, Rehabilitacyjnej . Cierpiała na zespół jelita drażliwego. Początkowo powódka żyła z oszczędności, potem utrzymywała się z renty rodzinnej po mężu, a następnie z tytułu częściowej niezdolności do pracy. Od grudnia 2008 r. pobiera emeryturę . Śmierć męża wpłynęła w sposób negatywny na pogorszenie sytuacji życiowej powódki w stosunku do dotychczasowego życia. Pogorszyło się jej funkcjonowanie społeczne i materialne.

Powódka w związku z niemożnością pogodzenia się ze śmiercią męża ujawnia zaburzenia przystosowania w postaci silnego poczucia doznanej krzywdy, odczuwania niepokoju i samotności, braku wiary we własne możliwości, wahania nastroju z tendencją do płaczliwości. W związku ze śmiercią męża i jej okolicznościami powódka przeżyła silny stres psychiczny, co negatywnie wpłynęło na jej stan emocjonalny w postaci przedłużonej reakcji depresyjnej i konieczności korzystania z pomocy psychiatrycznej i psychologicznej. Rokowania co do stanu emocjonalnego powódki są niepewne. Występujące u powódki zaburzenia uniemożliwiają jej skuteczne radzenie sobie i prowadzą do trudności w funkcjonowaniu społecznym. Stan w jakim powódka znajduje się obecnie można określić mianem psychozy. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że choroba psychiczna, na którą obecnie cierpi powódka nie wystąpiłaby u niej, gdyby nie przeżycia związane ze śmiercią męża. Trwały uszczerbek na zdrowiu powódki z tym związany wynosi 50%. Powódka do tej pory ujawnia objawy przedłużonej reakcji żałoby, która obecnie ma obraz reakcji paranoicznej i okresowo – również teraz przebiega z objawami psychotycznymi. „Reakcja żałoby” u powódki przeszła w paranoiczną potrzebę udowodnienia winy lekarza.

Powódka orzeczeniem komisji lekarskiej z dnia 11 października 2007 r. została uznana za częściowo niezdolną do pracy od dnia 28 lutego 2003 r.

W związku z pogrzebem męża powódka poniosła wydatki w łącznej wysokości 14.810 złotych

Uchwałą nr 403/2002 r. z dnia 6 sierpnia 2002 r. Zarządu Województwa (...) Wojewódzka (...) w Ł. została połączona z Wojewódzką Kolumną (...) Sanitarnego w Ł., a następnie utworzony został Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod nazwą Wojewódzka (...) w Ł., który jest następcą prawnym (...) w Ł..

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd Okręgowy odmówił wiary wnioskowi przeprowadzonych w rozpatrywanej sprawie opinii biegłych, co do tego, że wysiłek fizyczny, jako poniósł J. S. (2) w związku z zejściem po schodach do karetki na polecenie lekarza R. W. (1) nie miał znaczenia dla tego co nastąpiło później oraz, że decyzja o sposobie transportu pacjenta nie miała wpływu na dalsze jego losy. Sąd pierwszej instancji odwołał się w tej materii do odmiennych wniosków, jakie jego zdaniem, płyną z opinii wydanych w sprawie dyscyplinarnej i w toku postępowania karnego, a także wskazał na treść wyroku skazującego Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w

Łodzi z dnia 15 lutego 2007 r. Podkreślił, że opinie te co prawda nie były wydane w niniejszej sprawie, ale pochodzą od najważniejszych specjalistów i autorytetów z dziedziny kardiologii w Polsce, a zatem nie mogą zostać zupełnie pominięte w rozpatrywanej sprawie.

W świetle powyższych okoliczności Sąd pierwszej instancji uznał, że powództwo co do zasady zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że w przedmiotowej sprawie rozważeniu podlegała odpowiedzialność dwóch podmiotów: Wojewódzkiej (...) (wcześniej Wojewódzkiej (...)) oraz lekarza udzielającego pomocy medycznej mężowi powódki – R. W. (1), za którego odpowiedzialność w niniejszej sprawie miałby ponosić pozwany (...) S.A.

W chwili zdarzenia R. W. (1) obowiązki lekarza w (...) w Ł. pełnił na podstawie kontraktu z dnia 1 sierpnia 2002 r. Lekarz zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej nie jest pracownikiem w rozumieniu kodeksu pracy i nie podlega ochronie przewidzianej w jego przepisach (art. 119-120 k. p.). W rezultacie ponosi indywidualną odpowiedzialność za szkody wyrządzone ze swojej winy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aczkolwiek – z mocy art. 35 ust. 5 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – łącznie z angażującym go zakładem udzielającym zamówienia. Odpowiedzialność obu podmiotów ma w takiej sytuacji charakter solidarny. Regulacja ta jest regulacją szczególną, wyłączającą zastosowanie przywoływanego przez pozwaną (...) w Ł. art. 429 k.c.

Lekarze wykonujący usługi medyczne na podstawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z art. 35 ustawy o z.o.z. podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu OC w zakresie szkód objętych zamówieniem. Lekarz R. W. (1) posiadał takie ubezpieczenie w (...) S.A. w W. II Inspektoracie w Ł.. Odpowiedzialność tego podmiotu należało zatem rozważać przez pryzmat odpowiedzialności ubezpieczonego.

W niniejszej sprawie odpowiedzialność pozwanych powódka łączy ze zdarzeniem z dnia 31 października 2002 r., kiedy to świadczeń zdrowotnych jej mężowi udzielał lekarz R. W. (1) na zlecenie Wojewódzkiej (...) w Ł..

W tym zakresie Sąd pierwszej instancji wskazał na prawomocny wyrok Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi z dnia 15 lutego 2007 r. na mocy, którego R. W. (1) został uznany za winnego czynu z art. 160 § 2 k.k. w zw. z art. 160 § 3 k.k. Podkreślił, że przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 k.k. polega na samym spowodowaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia określonej osoby. Do znamion tego przestępstwa nie należy zaistnienie następstwa w postaci śmierci czy choroby poszkodowanego. Dlatego też związek przyczynowy między narażeniem życia J. S. (2), a jego śmiercią nie był objęty ustaleniami sądu karnego w stopniu, który wiązałby sąd cywilny na podstawie art. 11 k.p.c.

W tej sytuacji dla ustalenia odpowiedzialności pozwanych konieczne było ustalenie istnienia przesłanek w postaci winy pozwanych, wystąpienia szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy nimi.

W sprawie poza sporem pozostawała kwestia szkody w postaci śmierci J. S. (2). Zdaniem Sądu Okręgowego zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwolił również na przyjęcie winy obu pozwanych, których postępowanie należy rozważać w kategoriach błędów w sztuce medycznej.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że w świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego i dokonanych ustaleń faktycznych, w szczególności prawomocnego wyroku skazującego, jaki zapadł wobec R. W. (1) nie ulega wątpliwości, że dopuścił się on błędu diagnostycznego. Nie można także przyjąć, że jego działaniu nie można przypisać braku należytej staranności. Z szeregu opinii załączonych do akt niniejszej sprawy przez powódkę oraz przez R. W. (1) do akt sprawy karnej jednoznacznie wynika, że nie uczynił on wszystkiego w granicach swoich możliwości i dostępnych środków.

Kwestia niewłaściwego transportu chorego pojawiła się w opiniach Akademii Medycznej we W., (...) Szpitala (...) im. WAM w Ł., Kliniki (...) i Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu (...) w Ł., Prof. dr hab. med. M. C. – Kierownika

Kliniki (...) Wojskowego Instytutu Medycznego w W., Kierownika II Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii (...) Akademii Medycznej prof. dr hab. med. L. P. (1), Akademii Medycznej w G., jak również w zeznaniach świadka Z. B. (1).

Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że niezależnie od wersji przebiegu wizyty u męża powódki w dniu 31 października 2002 r., przedstawionej przez nią samą oraz lekarza R. W. (1), z dokumentów załączonych do sprawy jednoznacznie wynika, iż o godzinie 16:20 dyspozytor Wojewódzkiej (...) wypełnił kartę wyjazdu pogotowia, w której odnotował „b. w kl, zasłabł, spocony”. Także w wywiadzie, wpisanym do karty zlecenia, odebranych od pacjenta już przez lekarza mowa jest o tych samych dolegliwościach. W tej stacji lekarz pogotowani winien w diagnostyce uwzględnić najdalej idące rozpoznanie, podejrzewać ostry zespół wieńcowy i zlecić przeniesienie chorego na noszach do karetki, choć stan chorego nie wskazywał jeszcze wówczas na zagrożenie życia.

Postępowanie R. W. (1) wobec pacjenta J. S. (2) odbiegało na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza w takiej sytuacji, a to z kolei, zdaniem Sądu Okręgowego, przemawia za jego winą.

W ocenie Sądu Okręgowego, w rozpatrywanej sprawie doszło ponadto do błędu organizacyjnego pod postacią niewłaściwego działania (...), rzutującego w dalszym toku na podejmowanie decyzji o losie pacjenta.

Z opinii lekarskich, wydanych na użytek postępowania karnego i dyscyplinarnego wynika jednoznacznie, że po akcji reanimacyjnej i przywróceniu samoistnej czynności serca pacjent powinien być przewieziony do Pracowni Hemodynamiki w Klinice (...) w Szpitalu im. W. (...), który tego dnia pełnił ostry dyżur. Jednocześnie jednak Sąd Okręgowy dostrzegł, że z przeprowadzonej w rozpatrywanej sprawie opinii biegłego M. D. wynika, że tego rodzaju konkluzja jest oczywista, gdy ocenia się sytuację po fakcie. Natomiast w dacie zdarzenia, w momencie podejmowania decyzji o transporcie pacjenta do szpitala lekarze nie mieli świadomości występowania u chorego zawału, a jedynie podejrzenie jego występowania lub możliwości jego rozwinięcia w przyszłości. Z załączonych do akt sprawy dokumentów w postaci kryteriów przyjmowania na program, przy braku zapisu EKG wykonanego J. S. (2) w karetce, wynika, że nie spełniał on wymogów przyjęcia go na tzw. program kardiologiczny, obowiązujących w 2002 r. Tym niemniej w przekonaniu Sądu pierwszej instancji niewłaściwe zachowanie lekarzy (...) polegało na tym, że nie podjęli oni żadnych czynności, aby sprawdzić czy istotnie ten konkretny pacjent nie zostanie przyjęty do Pracowni Hemodynamiki w Klinice (...) w Szpitalu im. W. (...). Odwołując się do zeznań świadka Z. B., Sąd podkreślił, że dyżurni lekarze tej Kliniki przyjmowali telefony, które umożliwiały bezpośredni kontakt z szefem dyżuru po to, by wyjaśnić wątpliwości przy kwalifikacji chorych, z czego zresztą skorzystała następnie lekarz J. W. ze Szpitala w B. przed transportem chorego. Z badań przeprowadzonych w szpitalu w B. wynikał już wprawdzie świeży zawał, kwalifikujący do przyjęcia na program, czego w świetle opinii biegłego M. D. nie było wcześniej, jednakże mimo wcześniejszych objawów i zatrzymania krążenia u pacjenta nie zadano sobie żadnego trudu, aby brak możliwości przyjęcia pacjenta potwierdzić.

W przedmiotowym wypadku, co wynika z zeznań świadka P. W., w zasadzie decyzja o tym, do którego szpitala trafił pacjent została podjęta przez dyspozytora, który nie jest lekarzem, a czynności, o jakich mowa wyżej, zostały z góry zaniechane przez lekarzy, stosownie do sugestii dyspozytora, co zdecydowanie przemawia za niepoprawnością organizacyjną.

W dalszych rozważaniach Sąd Okręgowy czyni założenie, że nawet gdyby przyjąć, że pacjent nie kwalifikował się do przyjęcia do Kliniki, to za prawidłowe nie może być uznane transportowanie chorego do szpitala do B.. Z opinii biegłych w niniejszej sprawie wynika, że stan kliniczny J. S. (2) wobec tego, że nie spełniał on kryteriów przyjęcia na program z 2002 r., kwalifikował go do przewiezienia do szpitala z oddziałem (...). Z kolei zasady przyjmowania i realizacji zgłoszeń wpływających do (...) w Ł. w dacie przedmiotowego zdarzenia regulowało Zarządzenie Wewnętrzne Nr (...) Dyrektora (...) z dnia 10 czerwca 2002 r. i przepisy ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W myśl art. 4 tej ustawy po udzielonej pomocy medycznej zespoły ratownictwa medycznego winny przewieźć pacjentów wymagających hospitalizacji do najbliższych oddziałów szpitalnych właściwych ze względu na stan chorego określony rozpoznaniem lekarskim. Zdaniem Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, że szpital w B. nie

był najbliższym szpitalem z oddziałem (...), ze względu na miejsce zamieszkania chorego. Szpitalem takim był szpital im. K. w Ł., bądź znajdujący się bliżej aniżeli szpital w B. – szpital im. J., do którego ostatecznie J. S. (2) trafił.

Z akt sprawy karnej, w szczególności pisma Dyrektora (...) wynika, że w praktyce przywołany zapis nie był realizowany z uwagi na brak miejsc w szpitalach.

Sąd pierwszej instancji wskazał również na okoliczność, dotyczącą rodzaju karetki wysłanej do J. S. (2) oraz jej wyposażenia. Skoro podawane objawy obligowały lekarza do postawienia diagnozy, dotyczącej ostrego zespołu wieńcowego, to przede wszystkim do chorego winna zostać wysłana nie karetka W- wypadkowa, bez aparatu EKG, a karetka (...). W tej kwestii decyzje podjął również dyspozytor.

Odnosząc się do kwestii związku przyczynowego pomiędzy zawinionym zachowaniem pozwanych, a powstałą szkodą w postaci zgonu pacjenta, Sąd Okręgowy wskazał, że z dwóch opinii biegłych, z których w efekcie żadna dostatecznie wątpliwości nie rozwiała i nie wskazała wprost na istnienie takiego bezpośredniego związku pomiędzy skutkiem w postaci zgonu pacjenta, a ww. opisanymi nieprawidłowymi zachowaniami pozwanych, wynika ewentualnie jedynie związek pośredni oraz sekwencja szeregu niekorzystnych, następujących po sobie zdarzeń i decyzji.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że powódka odpowiedzialność pozwanych wiązała z dwiema decyzjami pracowników pogotowia ratunkowego, które jej zdaniem były błędne, tj. decyzją lekarza nakazującego choremu zejście po schodach przy opisywanych dolegliwościach oraz decyzją o transporcie do B., zamiast do najbliższego szpitala lub na tzw. program. Podkreślił, że kwestia bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem personelu medycznego, jego decyzjami a zgonem pacjenta w przypadku zawałów serca jest niewątpliwie niezwykle trudna. Z reguły w przypadku ostrych zespołów wieńcowych praktycznie niemożliwe wydaje się stwierdzenie, że w danym przypadku istnieje 100 % pewność, że przy dochowaniu wszelkich procedur pacjent nie zmarłby.

Czym innym jednak, zdaniem Sądu pierwszej instancji, jest sytuacja, gdy skutek taki wystąpił mimo zachowania wszelkich procedur i staranności, a czym innym sytuacja, gdy procedury takie nie zostały zachowane. Ostatecznie z ilości oraz rodzaju opisanych błędów diagnostycznych i organizacyjnych, prowadzących do spowodowania bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia dla tego konkretnego pacjenta, Sąd Okręgowy wywiódł domniemanie istnienia takiego związku przyczynowego. Związek taki wyraża się w tym, że J. S. (2) poprzez błędne decyzje utracił szansę wyleczenia lub poprawy stanu zdrowia.

W rezultacie ciąg błędnych zdarzeń wyrażał się w pierwszej kolejności w wysłaniu do chorego w wieku 42 lat, „który zasłabł i jest spocony” zespołu niewyposażonego w aparat EKG i zestaw do reanimacji. Kolejnym punktem było źle postawione przez R. W. (1) rozpoznanie, co spowodowało dalsze konsekwencje w postaci braku unieruchomienia chorego. Niewykonanie go naraziło pacjenta przytomnego, w kontakcie na powikłanie w postaci nagłego zatrzymania krążenia. Po zatrzymaniu krążenia pacjent został zaintubowany i powstała konieczność transportu na (...) i stosowania respiratora. J. S. (2) utracił zatem już możliwość pojechania w normalnym trybie na oddział wewnętrzny lub kardiologiczny, gdzie można by wykonać mu badania weryfikujące najdalej idące rozpoznanie. Znalazł się w sytuacji, w której istotniejsze było podtrzymywanie funkcji życiowych. Rokowań pacjenta nie poprawiał również transport do szpitala w B..

Wszystkie te decyzje w efekcie oddaliły pomoc specjalistyczną w zakresie kardiologii i doprowadziły do sytuacji, w której upłynął optymalny czas do ratowania pacjenta.

To zdaniem Sądu Okręgowego przesądza o spełnieniu wszystkich przesłanek odpowiedzialności pozwanych w niniejszej sprawie.

W zakresie zgłoszonego przez pozwanych zarzutu przedawnienia Sąd pierwszej instancji wskazał, że w niniejszej sprawie zdarzenia wyrządzające szkodę miały miejsce w dniu 31 października 2002 r. Trzyletni okres przedawnienia upłynął zatem w dniu 31 października 2005 r., zaś pozew wniesiony został w dniu 7 sierpnia 2008 r. Mimo upływu okresu przedawnienia, skorzystanie z tego zarzutu należało ocenić jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Sąd Okręgowy wskazał, że w sprawie przedmiotowego przypadku przez kilka lat toczyło się postępowanie karne oraz dyscyplinarne. Ustalenie osoby odpowiedzialnej wymagało wiadomości specjalistycznych i wydania opinii przez biegłych, których w efekcie było kilkanaście. Wątpliwości co do prawidłowości postępowania pozwanych wobec pacjenta J. S. (2) posiadał także Sąd Lekarski, a R. W. (1) został ostatecznie uniewinniony od zarzucanych mu czynów dopiero przez Naczelny Sąd Lekarski i to z przyczyn formalnych, co wynika z uzasadnienia orzeczenia. Nadto, odpowiedzialność pozwanych w niniejszej sprawie wiąże się pośrednio także z czynem, za który R. W. (1) został prawomocnie skazany wyrokiem karnym, który zapadł w 2007 r. W rezultacie wniesienie przez powódkę pozwu dopiero w dniu 7 sierpnia 2008 r., biorąc pod uwagę także jej stan psychiczny związany ze śmiercią męża można uznać za usprawiedliwione.

Wobec spełnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, Sąd pierwszej instancji za zasadne uznał żądanie pozwu w zakresie kosztów sprawienia pochówku wywodzone z art. 446 § 1 k.c.

W ocenie Sądu Okręgowego, spełnione zostały również przesłanki art. 446 § 3 k.c. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy pozwala na stwierdzenie, że na skutek śmierci J. S. (2) po stronie powódki nastąpiło znaczne pogorszenie jej sytuacji życiowej. Przede wszystkim do chwili śmierci J. S. (2) powódka z uwagi na schorzenia kręgosłupa i rehabilitacji nie pracowała. Zasadniczym źródłem utrzymania rodziny były dochody J. S. (2) z prowadzonej przez niego działalności gospodarczej.

Ze złożonych przez powódkę deklaracji podatkowych wynika, że dochody te nie były wysokie, ale biorąc pod uwagę stan majątkowy małżonków S. oraz okoliczność, że z mimo tego mieli poczynione oszczędności należy przyjąć, że pozwalały rodzinie na godne życie.

Po śmierci męża sytuacja powódki diametralnie ulegała zmianie. Powódka została pozbawiona bieżących dochodów, a wstrząs jakiego doznała po śmierci męża nie pozwolił jej na podjęcie aktywności w celu jak najszybszego pozyskania renty rodzinnej. Rentę taką powódka uzyskała dopiero po około roku od śmierci męża. Obecnie, od 2008 r. powódka utrzymuje się już z emerytury w wysokości 1.800 złotych netto, ale i tak jej wcześniejsza sytuacja finansowa zmusiła ją do rezygnacji z szeregu rzeczy, na które wcześniej mogła sobie pozwolić. Śmierć męża przyniosła także zmiany w codziennym funkcjonowaniu powódki. J. S. (2) był najbliższą osobą dla powódki. Powódka pozostawała w związku z nim od 1988 r., a od 1992 r. byli małżeństwem. Małżonkowie S. nie posiadali dzieci. Mąż był zatem dla powódki jedyną podporą w chorobie, na którą wówczas cierpiała. Nie tylko woził ją na zabiegi, do lekarza, ale także wyręczał w pracach domowych.

Zachowanie powódki w toku niniejszego procesu, analiza akt załączonych do niniejszej sprawy, jak również opinie biegłych lekarzy psychiatrów i psychologów jednoznacznie wskazują, że śmierć męża była dla powódki ogromną tragedią. Po śmierci męża powódka zmuszona była podjąć leczenie psychiatryczne, schudła 20 kg, ujawniły się u niej schorzenia, na które wcześniej nie leczyła się. W efekcie powódka leczyła się także w Poradni Endokrynologicznej, Kardiologicznej, (...), Gastrologicznej, Neurologicznej. Cierpiała na zespół jelita drażliwego.

Aktualnie powódka z związku z niemożnością pogodzenia się ze śmiercią męża ujawnia zaburzenia przystosowania w postaci silnego poczucia doznanej krzywdy, odczuwania niepokoju i samotności, braku wiary we własne możliwości, wahania nastroju z tendencją do płaczliwości. Występujące u powódki zaburzenia uniemożliwiają jej skuteczne radzenie sobie i prowadzą do trudności w funkcjonowaniu społecznym. Stan w jakim powódka znajduje się obecnie można określić już mianem psychozy. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że choroba psychiczna, na którą obecnie cierpi powódka nie wystąpiłaby u niej, gdyby nie przeżycia związane ze śmiercią męża.

Mając powyższe na uwadze Sąd pierwszej instancji uznał, że odpowiednim odszkodowaniem dla powódki w tej sytuacji będzie kwota 80.000 złotych, która uwzględni dotychczasowy standard życia rodziny oraz odpowiada zakresowi, w jakim pogorszyła się sytuacja życiowa powódki po śmierci męża.

W pozostałej części roszczenia powódki w zakresie żądania odszkodowania zostały oddalone jako niezasadne i nadmierne wygórowane.

O odsetkach od zasądzonych na rzecz powódki kwot z tytułu odszkodowania za pogorszenie sytuacji życiowej po śmierci osoby bliskiej oraz poniesionych kosztów pogrzeb Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 481 §1 k.c., mając na uwadze datę doręczenia pozwanym odpisów pozwu.

Za nieuzasadnione Sąd Okręgowy uznał natomiast roszczenia powódki w pozostałym zakresie, tj. w części, w której znajdują swoje normatywne oparcie na przepisie art. 446 § 2 k.c.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu zapadło w oparciu o zasadę wyrażoną w art. 100 zd. 1 k.p.c., przy przyjęciu, że powódka wygrała proces w 38% . Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd Okręgowy nakazał ściągnięcie od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi solidarnie kwotę 8.370 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa, które ogółem wyniosły 22.023,91 złotych.

Z uwagi na trudną sytuację życiową i materialną powódki Sąd pierwszej instancji odstąpił od obciążania powódki nieuiszczonymi kosztami procesu od oddalonej części powództwa.

Apelacje od powyższego wyroku wnieśli obaj pozwani.

Wojewódzka (...) w Ł. zaskarżyła powyższy wyrok w całości, zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego w postaci:

a. art. 117 § 2 w zw. z art. 5 k.c. poprzez jego błędną wykładnię, sprowadzającą się do odmowy przypisania zarzutowi przedawnienia roszczeń, podniesionemu w toku procesu przez stronę pozwaną waloru skuteczności, z uwagi na cierpienia psychiczne powódki oraz długotrwałość prowadzonego postępowania karnego i dyscyplinarnego jako okoliczności mające uzasadniać w świetle zasad współżycia społecznego zwłokę w dochodzeniu roszczeń majątkowych na drodze sądowej, a zgłoszony zarzut przedawnienia traktować jako nadużycie prawa podmiotowego przysługującego pozwanej;

b. art. 361 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię prowadzącą do przyjęcia, iż śmierć J. S. (2) stanowiła normalne następstwo działania lekarza pogotowia- (...), udzielającemu mężowi powódki pomocy medycznej oraz działań o charakterze organizacyjnym całej jednostki pogotowia ratunkowego w Ł. w związku z podjęciem decyzji o przewiezieniu chorego do szpitala w B., podczas gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy nie przesądza kwestii występowania pomiędzy tymi zdarzeniami związku przyczynowo- skutkowego;

c. art. 6 k.c., poprzez jego niezastosowanie w zakresie przyjęcia przez sąd meriti ustalenia, iż w rozpoznawanej sprawie, należy domniemywać istnienia związku przyczynowego między działaniami pogotowia ratunkowego i jego przedstawicieli, a szkodą w postaci śmierci J. S. (2), podczas gdy niekwestionowaną w ramach reżimu odpowiedzialności deliktowej jest zasada nakładająca na powoda obowiązek udowodnienia istnienia związku przyczynowego pomiędzy szkodą a działaniem, które miało do niej doprowadzić, gdyż obowiązek udowodnienia faktu obciąża stronę, która wywodzi z niego skutki prawne

2. naruszenie prawa procesowego tj. . art. 233 § 1 k.p.c. polegające na dokonaniu przez Sąd I instancji dowolnej a nie swobodnej oceny dowodów, co przejawiało się w całkowitym odrzuceniu twierdzeń przedstawionych w opinii biegłego M. D. (2), w szczególności na uznaniu, iż okoliczność intensywnego wysiłku fizycznego podjętego przez J. S. (2) w dniu 31 października 2002 r., przed przyjazdem karetki pogotowia pozostaje bez znaczenia dla istoty rozstrzyganej sprawy, czym sąd a quo uchybił w sposób poważny zasadom doświadczenia życiowego.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa, ewentualnie przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji oraz zasądzenie na rzecz pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Apelację wniósł także pozwany (...) S.A. w W. Oddział w Ł., zaskarżając powyższy wyrok w części uwzględniającej powództwo, tj. w zakresie punktu 1 wyroku, zarzucając mu:

1. naruszenie prawa materialnego, tj.:

a. art.446 § 1 i 3 k.c. poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie oraz niewłaściwą subsumcję polegające na przyjęciu, że przepis ten ma zastosowanie w przedmiotowej sprawie co uzasadnia przyznanie powódce odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej wskutek śmierci osoby najbliższej, podczas gdy przyczyną zgonu J. S. (2) nie był błąd w sztuce medycznej popełniony przez lekarza R. W. (1) działającego na zlecenie Wojewódzkiej (...) w postaci błędnej diagnozy stanu chorego J. S. (3) i nakazania choremu zejście po schodach do karetki pogotowia w dniu 31 października 2002r., lecz śmierć mózgu w wyniku zaawansowanej wielonaczyniowej choroby niedokrwiennej serca, z powodu której doszło do zawału ściany dolnej i tylnej lewej komory serca ze współistniejącym zawałem prawej komory serca, a w jego przebiegu po nagłym zatrzymaniu krążenia do rozwiniętego wstrząsu kardiogenego, za które lekarz R. W. (1) nie ponosi odpowiedzialności.

b. art. 361 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że normalnym następstwem nakazania J. S. (2) przez lekarza R. W. (1) zejścia po schodach do karetki pogotowia jest jego zgon, co wynika z nieuprawnionego przyjęcia przez Sąd, że związek przyczynowy wyraża się w tym, że J. S. (3) poprzez błędne decyzje utracił szansę wyleczenia lub poprawy zdrowia;

2. naruszenie przepisów postępowania, mających istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia:

a. art. 233 § 1 k.p.c., art. 235 § 1 k.p.c., art 286 k.p.c. polegające na ocenie materiału dowodowego w sposób dowolny, bez jego wszechstronnego rozważenia w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego poprzez odmowę wiary wnioskowi opinii kardiologicznych wydanych przez biegłego kardiologa M. D. (2) oraz (...) M. K. w T. C. Medium im. L. R. w B., Katedry Medycyny Sądowej Zakładu Medycyny Sądowej w B. co do tego, że wysiłek fizyczny jaki poniósł J. S. (3) w związku z zejściem po schodach do karetki pogotowia na polecenie lekarza R. W. (1) nie miał znaczenia dla tego co nastąpiło później oraz, że decyzja o sposobie jego transportu nie miała wpływu na dalsze losy i zatrzymanie krążenia, powołując się niezasadnie na odmiennosc wniosków opinii wydawanych w prowadzonych przeciwko R. W. (1) postępowaniach /karne i dyscyplinarne/, poprzez naruszenie zasady bezpośredniości wyrażonej w art. 235 przeprowadzania postępowania dowodowego przed sądem orzekającym i dokonania ustaleń w zakresie przyczyny zgonu J. S. (2) na podstawie opinii biegłych wydanych na potrzeby postępowania karnego i dyscyplinarnego prowadzonych przeciwko lekarzowi R. W. (1), które nie mają waloru opinii biegłych, a jedynie walor dokumentów prywatnych i zgodnie z art.245 k.c. stanowią dowód tego, że osoba, która go podpisała złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie, poprzez odmowę wiarygodności opinii biegłych kardiologów wydanych w toku procesu w zakresie wniosków opinii bez zażądania ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, albo zażądania dodatkowej opinii przez instytut (...) w T., w trybie art. 286 k.p.c.,

b. art. 231 k.p.c., poprzez nieuprawnione przyjęcie przez sąd, że w przedmiotowej sprawie ilość i rodzaj błędów diagnostycznych i organizacyjnych prowadzących do spowodowania bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia dla J. S. (2) może być traktowana przynajmniej w kategoriach domniemania istnienia związku przyczynowego pomiędzy działaniem lub zaniechaniem lekarza R. W. (1) a zgonem J. S. (2), a związek taki wyraża się w tym, że J. S. (2) poprzez błędne decyzje utracił szansę wyleczenia lub poprawy stanu zdrowia.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego (...) SA w W. Oddział w Ł. kosztów procesu za dwie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powódka wniosła o oddalenie obu apelacji.

Sąd Apelacyjny aprobuje i przyjmuje za własne wszystkie ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji dotyczące przebiegu zdarzeń i działań leczniczych podejmowanych wobec J. S. (2) w okresie od dnia 31 października 2002 r. do chwili jego śmierci, a także ustalenia dotyczące sytuacji majątkowej i życiowej powódki oraz jej stanu zdrowia przed i po śmierci J. S. (2). Za własne przyjmuje ponadto przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, a poczynione w oparciu o przeprowadzone w rozpatrywanej sprawie dowody z opinii biegłego kardiologa M. D. (2) oraz opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej C. M. im. L. R. w B., ustalenia dotyczące przyczyny śmierci J. S. (2) oraz oceny zachowań lekarzy Wojewódzkiej (...), udzielających mu pomocy w dniu 31 października 2002 r.

W oparciu o dowody zebrane w postępowaniu przed Sądem Okręgowym, Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił dokonał w tym zakresie następujących ustaleń:

W dniu 31 października 2002 r. z chwilą przyjazdu do J. S. (2) karetki (...), pacjent został przejęty przez jej zespół pod kierownictwem dr P. W. (1) od zespołu karetki W, którym kierował lekarz R. W. (1). Podpis dr P. W. (1) widnieje pod kartą zlecenia wyjazdu, zawierającą adnotację o przewiezieniu pacjenta do Szpitala w B. (karta zlecenia wyjazdu z adnotacją „Pacjenta przejęto od zesp. W-10” k 17-18). Zgodnie z zakresem czynności, kompetencji i odpowiedzialności lekarza zespołu wyjazdowego Wojewódzkiej (...) w Ł., lekarz jest kierownikiem tego zespołu, odpowiada za całość pracy zespołu i decyduje w każdej spornej sprawie. Do zakresu czynności lekarza zespołu wyjazdowego należy w szczególności przewiezienie chorego do placówki leczenia zamkniętego w razie stwierdzenia takiej konieczności (zakres czynności k 320 -322 w załączonych aktach sygn. IV K 555.04 Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi).

W uzasadnieniu prawomocnego wyroku z dnia 15 lutego 2007 r. w sprawie sygn. IV K 555/04 Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi ustalił, że decyzją o przewiezieniu pacjenta na (...) podjął lekarz karetki (...) P. W. (1). wcześniej konsultował tą decyzję z lekarzem R. W. (1), który sugerował zawiezenie pacjenta na hemodynamikę (uzasadnienie wyroku k 282).

O losie pacjenta J. S. (2) przesądziło wystąpienie drugiego incydentu nagłego zatrzymania krążenia w Szpitalu im. W. (...), po którym, mimo skutecznego później leczenia kardiologicznego, stan pacjenta stopniowo się pogarszał z powodów pozakardiologicznych, aż do zgonu włącznie. Nie jest znany mechanizm, w jakim doszło do pierwszego zatrzymania krążenia. Migotanie komór stwierdzone zostało dopiero po kilku minutach czynności resuscytacyjnych, w tym po podaniu niektórych leków. Nie ma więc żadnych podstaw do wykluczenia asystole w przebiegu bloku całkowitego przewodnictwa przedsionkowo – komorowego jako mechanizmu inicjującego nagłe zatrzymanie krążenia, choć nie ma na to bezpośrednich dowodów. Za takim mechanizmem przemawia zarówno proksymalne umiejscowienie krytycznej zmiany w prawej tętnicy wieńcowej, z której początkowych segmentów odchodzi tętniczka doprowadzająca krew do węzła przedsionkowo – komorowego, czyli do tej części serca, której uszkodzenie skutkować może nagłym zatrzymaniem czynności elektrycznej komór, czyli blokiem całkowitym, jak i asystole jako mechanizm wywołujący w czasie drugiego incydentu nagłego zatrzymania krążenia. Nie jest znany mechanizm leżący u podłoża niecharakterystycznych dolegliwości, które wystąpiły u J. S. (2) około godziny 15:00. Biorąc pod uwagę udokumentowane obiektywnie późniejsze objawy za prawdopodobne uznać należy wystąpienie napadowego niecałkowitego bloku przewodnictwa przedsionkowo – komorowego, który początkowo samorzutnie ustąpił, a następnie pojawił się ponownie i nasilił się aż do bloku całkowitego. Charakterystyczną cechą tego schorzenia jest jego całkowita nieprzewidywalność. Przy braku wcześniejszej wiedzy o możliwości wystąpienia objawów uszkodzenia układu bodźco – przewodzącego serca nie istnieje żaden skuteczny sposób na przewidzenie tego incydentu. Z tych względów decyzja o sposobie transportu pacjenta do szpitala nie miała lub miała znikomy wpływ na jego dalsze losy. Niewielki wysiłek fizyczny towarzyszący schodzeniu po schodach nie pozostaje w żadnym bezpośrednim związku przyczynowym z późniejszym zgonem, choć znikomego związku pośredniego nie można wykluczyć. Znoszenie pacjenta po schodach jest czynnością nieprzyjemną i powoduje u chorego stres, zaś podnoszenie stresu jest ekwiwalentem próby wysiłkowej (opinia pisemna biegłego M. D. k 470v -471, opinia ustna biegłego M. D. k 582, 582 v).

Należy przyjąć, że wysiłek fizyczny nie był przyczyną wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia u J. S. (2). Przyczyny tego stanu należy upatrywać w samoistnych następstwach schorzeń układu sercowo - naczyniowego (opinia biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L.R. w B. k 733 v).

Zastosowane u J. S. (2) leczenie było zgodne z zasadami leczenia pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia bez ewidentnych cech (...) w EKG. W 2002 r., kiedy do leczenia inwazyjnego przyjmowało się tylko pacjentów ze (...), wiezienie pacjenta po nagłym zatrzymaniu krążenia bez cech (...) w EKG do Szpitala im. W. (...), w którym nie było (...), nie było uzasadnione (opinia biegłych (...) M. K. w T. C. M. im. L.R. w B. k 733 v).

W chwili wysunięcia po pierwszej resuscytacji niepotwierzonego podejrzenia, że mogło dojść do zawału serca, J. S. (2) nie spełniał kryteriów leczenia w ramach tzw. programu (opinia pisemna biegłego M. D. k 471 v, opinia ustna biegłego M. D. k 581).

Powyższych ustaleń Sąd Apelacyjny dokonał w oparciu o powołane dowody z dokumentów oraz z opinii biegłych, oceniając ten materiał dowodowy jako w pełni wiarygodny, co zostanie omówione w dalszej części uzasadnienia.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje obu pozwanych są uzasadnione i skutkują wzruszeniem zaskarżonego wyroku.

Najdalej idący zarzut naruszenia prawa materialnego tj. art. 117 § 2 w zw. z art. 5 k.c. poprzez jego błędną wykładnię, sprowadzającą się do odmowy przypisania zarzutowi przedawnienia roszczeń waloru skuteczności, przywołany został w apelacji pozwanej Wojewódzkiej (...) w Ł.. Nie budzi wątpliwości, że jego ewentualne uwzględnienie usuwa potrzebę pogłębionych rozważań w zakresie pozostałych zarzutów naruszenia prawa procesowego i prawa materialnego, podnoszonych przez apelującego. Zaznaczyć trzeba, że w toku postępowania przed Sądem I instancji zarzut przedawnienia roszczeń dochodzonych w pozwie powołali obaj pozwani. Sąd Okręgowy akceptując podstawową tezę, iż realiach sporu roszczenia powódki oparte na przepisie art. 446 k.c. i wywodzone ze zdarzenia w postaci śmierci jej męża uległy przedawnieniu, ostatecznie z powołaniem na przepis art. 5 k.c. oraz konstrukcję nadużycia praw podmiotowych, zarzutu tego nie uwzględnił. Na etapie postępowania apelacyjnego jedynie jeden z apelujących zarzuca wprost naruszenie dyspozycji art. 117 § 2 k.c. w związku z art. 5 k.c. Tym niemniej w świetle ugruntowanego w orzecznictwie poglądu, Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego. Sąd odwoławczy - bez względu na stanowisko stron oraz zakres zarzutów - powinien zastosować właściwe przepisy prawa materialnego, a więc także usunąć ewentualne błędy prawne sądu pierwszej instancji, niezależnie od tego, czy zostały one wytknięte w apelacji (vide uchwała 7 sędziów SN z dnia 31 stycznia 2008 r. w sprawie III CZP 49/07, OSNC 2008/6/55). W konsekwencji, mimo braku stosownego zarzutu naruszenia przepisów art. 117 k.c. w związku z art. 5 k.c. w apelacji (...) Spółki Akcyjnej w W., Sąd Apelacyjny może rozważyć wskazane uchybienie prawa materialnego ze skutkiem wobec obu apelujących.

Jak trafnie dostrzegł Sąd Okręgowy, z uwagi na datę zdarzenia oraz treść art. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2007 r. Nr 89, poz. 538) w realiach sporu zastosowanie znajduje dawny przepis art. 442 k.c. Zgodnie z przepisem 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. Jednakże w każdym wypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. W początkowej fazie postępowania powódka podjęła próbę wykazania, że w okolicznościach rozpatrywanej sprawy termin przedawnienia zgłoszonych przez nią roszczeń winien być ustalony zgodnie z art. 442 § 2 k.c., w myśl którego, jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dziesięciu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Stanowisko to Sąd pierwszej instancji słusznie uznał za błędne. Powódka występuje w pozwie z roszczeniami kompensacyjnymi z art. 446 k.c., które warunkowane są śmiercią osoby bezpośrednio poszkodowanej. Czyn zabroniony ostatecznie przypisany

interwientowi ubocznemu R. W. (1) prawomocnym wyrokiem Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi z dnia 15 lutego 2007 r. w sprawie sygn. IV K 555/04 nie obejmował skutku w postaci nieumyślnego spowodowania śmierci J. S. (2), zaś P. W. (1) został całkowicie uniewinniony od zarzucanego mu czynu. Jakkolwiek w sytuacji, w której w postępowaniu karnym nie stwierdzono popełnienia przestępstwa, Sąd w postępowaniu cywilnym jest uprawniony do dokonanie własnej oceny, czy popełnione zostało przestępstwo, to jednak tego rodzaju konstatacja wymaga dokonania własnych ustaleń dotyczących istnienia podmiotowych i przedmiotowych znamion przestępstwa, według zasad przewidzianych w prawie karnym (tak m.in. SN w wyroku z dnia 18 grudnia 2008 r. w sprawie III CSK 193/08, LEX nr 487538; podobnie w wyroku z dnia 21 listopada 2001 r. w sprawie II UKN 633/00, OSNP 2003/17/422). Konieczne jest zatem nie tylko wykazanie związku przyczynowego między zachowaniem sprawcy a szkodą, ale przede wszystkim jego winy. Nie budzi wątpliwości, że ciężar dowodu w zakresie tego rodzaju okoliczności spoczywał na powódce z mocy art. 6 k.c. Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie daje podstaw dla przypisania interwientowi ubocznemu R. W. (1), czy też innemu pracownikowi Wojewódzkiej (...) (Wojewódzkiej (...)) tego rodzaju zawinionego zachowania, spełniającego skodyfikowane cechy jakiegokolwiek przestępstwa, którego jednym ze znamion jest wywołanie rozstroju zdrowia i śmierć osoby poszkodowanej – pacjenta J. S. (2). W rezultacie dla oceny biegu przedawnienia roszczeń dochodzonych w pozwie miarodajna pozostaje wyłącznie norma z art. 442 § 1 k.c. Powódka już w chwili zdarzenia tj. w dacie śmierci J. S. (2) miała wiedzę zarówno o szkodzie, jak i osobie w jej przekonaniu obowiązanej do jej naprawienia. Ostatecznie zatem należy przyjąć, że trzyletni termin przedawnienia z art. 442 § 1 k.c. rozpoczął swój bieg w dniu 7 listopada 2002 r. (data śmierci męża powódki) i upłynął bezskutecznie z dniem 7 listopada 2005 r.

Odmawiając uwzględnienia zarzutu przedawnienia powołanego przez obu pozwanych, Sąd Okręgowy oparł się na treści art. 5 k.c. , wywodząc nadużycie prawa podmiotowego w zasadzie wyłącznie z okoliczności leżących po stronie samej poszkodowanej oraz z okoliczności zewnętrznych – długości postępowania karnego i dyscyplinarnego. W judykaturze prezentowany jest pogląd, że za zastosowaniem art. 5 k.c. w odniesieniu do zarzutu przedawnienia mogą w szczególnych sytuacjach przemawiać ó okoliczności leżące wyłącznie po stronie wierzyciela (tak SN w wyroku z dnia 8 maja 2014 r. w sprawie V CSK 370/13, LEX nr 1491334; w wyroku z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie V CSK 516/12, LEX nr 1422124). Zawsze jednak konieczne jest rozważenie na tle całokształtu okoliczności faktycznych sprawy interesów obu stron roszczenia tj. uprawnionego i zobowiązanego. Tego rodzaju analiza nie może również pomijać podstawowej zasady wskazującej, że podniesienie zarzutu przedawnienia z istoty swej nie stanowi nadużycia prawa. Podnoszący zarzut nadużycia prawa przez przeciwnika powinien zatem wykazać, iż zaistniały wyjątkowe okoliczności, które skutki zgłoszenia tego zarzutu niweczyłyby, takie jak charakter uszczerbku jakiego doznał poszkodowany, przyczyna opóźnienia i czas trwania tego opóźnienia. Stąd także powoływana w orzecznictwie potrzeba obiektywizacji oceny (tak SA w Łodzi w wyroku z dnia 23 kwietnia 2014 r. w sprawie I ACa 1425/13, LEX nr 1469342).

Nie negując dotkliwych dla powódki skutków śmierci męża, zarówno w zakresie jej sytuacji życiowej, jak i kondycji psychicznej, nie sposób podzielić stanowiska Sądu Okręgowego, iż okoliczności te są wystarczające dla uznania, że podniesiony przez pozwanych zarzut przedawnienia roszczeń stanowi nadużycie praw podmiotowych dłużnika. Powódka winna była bowiem wykazać, czy i w jakim stopniu stan jej zdrowia i traumatyczne doznania towarzyszące śmierci osoby bliskiej utrudniały lub uniemożliwiały wystąpienie z powództwem cywilnym przeciwko podmiotom odpowiedzialnym za naprawienie szkody przez okres blisko sześciu lat. Przeprowadzone w sprawie postępowanie nie daje podstaw dla wyprowadzenia tego rodzaju wniosku, a przeciwnie, jednoznacznie wskazuje, że powołane wyżej okoliczności nie stanowiły żadnej przeszkody w aktywnym dochodzeniu przez powódkę jej praw w postępowaniu karnym, a także na drodze zainicjowanego przez nią postępowania dyscyplinarnego w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy pogotowia. Rację ma apelujący – Wojewódzka (...) podkreślając, że powódka od początku intensywnie uczestniczyła w postępowaniu karnym, składała samodzielnie środki zaskarżenia, osobiście brała udział w rozprawach. W toku postępowania karnego została także pouczona w dniu 20 listopada 2002 r. o prawach osoby poszkodowanej (k 13 akt karnych), a pouczenie to obejmowało informację o możliwości wystąpienia z powództwem cywilnym – adhezyjnym. Powódka korzystała ponadto z fachowego zastępstwa procesowego, ustanawiając pełnomocnika już w dniu 13 stycznia 2005 r. (k 346 akt karnych), a zatem w chwili, gdy roszczenia wywodzone z art. 446 k.c. nie były jeszcze przedawnione. Wydaje się także, że już na etapie postępowania karnego

powódka identyfikowała doznaną szkodę, wiążąc jej powstanie z zachowaniem lekarzy pogotowia, bowiem domagała się orzeczenia od oskarżonych na jej rzecz nawiazki w trybie art. 46 § 2 k.p.k. W myśl powołanego przepisu, w razie skazania za przestępstwo spowodowania śmierci, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia (...) sąd, na wniosek pokrzywdzonego lub innej osoby uprawnionej, orzeka obowiązek naprawienia wyrządzonej szkody w całości albo w części; przepisów prawa cywilnego o przedawnieniu roszczenia oraz możliwości zasądzenia renty nie stosuje się (art. 46 § 1 k.p.k.). Zamiast tego obowiązku sąd może orzec na rzecz pokrzywdzonego nawiazkę w celu zadośćuczynienia za ciężki uszczerbek na zdrowiu, naruszenie czynności narządu ciała, rozstrój zdrowia, a także za doznaną krzywdę (art. 46 § 2 k.p.k.).

W niniejszym postępowaniu powódka w zasadzie w żaden sposób nie umotywowała przyczyn wystąpienia z powództwem po upływie terminu przedawnienia roszczeń. Samodzielne poszukiwanie przez Sąd pierwszej instancji motywów takiego zachowania w stanie psychicznym powódki jest zawodne, bowiem nie każde schorzenie psychiczne wyłącza aktywność procesową osoby nim dotkniętej. Tego rodzaju przyczyny leżące po stronie wierzyciela wielokrotnie były przedmiotem analizy sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego, zaś wnioski z niej płynące jednoznacznie wskazują, że nawet zdiagnozowana choroba psychiczna poszkodowanego nie zawsze uzasadnia uznanie podniesionego zarzutu przedawnienia za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (tak np. SA w W. w wyroku z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie VI ACa 697/13, LEX nr 1438334). Pewną wskazówką interpretacyjną w tej materii mogą być rozważania przedstawione w uzasadnieniu powołanego już uprzednio wyroku SN z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie V CSK 516/12, w którym za pozostającą po stronie uprawnionej przyczynę zastosowania art. 5 k.c. do podniesionego przez przeciwnika procesowego zarzutu przedawnienia, uznano depresję i taki stan psychiczny powódki po śmierci męża, który manifestował się wypieraniem potrzeby poznania okoliczności związanych z tym zdarzeniem. Tego rodzaju przesłanek z pewnością brak w rozpatrywanej sprawie, zwłaszcza w świetle konkluzji opinii biegłego L. S. (k 619) i manifestowanej przez powódkę potrzeby udowodnienia winy lekarzy pogotowia.

Sąd Apelacyjny nie podziela również wyrażonego w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku poglądu, iż przesłanek nadużycia prawa podmiotowego przez pozwanych korzystających z zarzutu przedawnienia należy poszukiwać w długości postępowania karnego i dyscyplinarnego oraz potrzebie ustalenia „osoby odpowiedzialnej” w drodze opinii biegłych, odwołujących się do wiadomości specjalnych. Przede wszystkim pozwani w rozpatrywanej sprawie nie byli uczestnikami postępowania karnego i dyscyplinarnego. Nie mieli zatem żadnego wpływu na jego bieg. Ponadto związek niniejszego postępowania oraz postępowania karnego wyraża się jedynie w treści art. 11 k.p.c., zaś powódka reprezentowana przez fachowego pełnomocnika powinna liczyć się z tym, że proces karny może nie doprowadzić do wydania wyroku skazującego obu oskarżonych. Mimo tego nie podjęła żadnych działań w celu dochodzenia przysługujących jej roszczeń cywilnych wobec podmiotów zobowiązanych do naprawienia szkody. Ponownie wypada wskazać na brak tożsamości oskarżonych i obwinionych w postępowaniu karnym oraz dyscyplinarnym i pozwanych w rozpatrywanej sprawie. Powódka od początku postępowania karnego formułowała tezę, że osobą odpowiedzialną za śmierć J. S. (2) jest przede wszystkim lekarz R. W. (1), a ewentualnie także drugi z lekarzy pogotowia udzielający pomocy jej mężowi – P. W. (1). Paradoksalnie, skomplikowane postępowanie dowodowe prowadzone w ramach procesu karnego, odwołujące się do wiadomości specjalnych i opinii biegłych nie doprowadziło do „ustalenia osoby odpowiedzialnej”, jak ujmuje to Sąd Okręgowy na stronie 35 uzasadnienia, a wręcz przeciwnie – skutkowało wyeliminowaniem odpowiedzialności karnej wskazanych wyżej osób za skutek w postaci śmierci pacjenta. Wątpliwości co prawidłowości postępowania pozwanych wobec pacjenta, na które powołuje się Sąd pierwszej instancji, obiektywnie nie tylko nie stanowią okoliczności usprawiedliwiającej zbyt późne wystąpienie na drogę procesu cywilnego, ale wręcz powinny skłaniać powódkę do tego rodzaju aktywności. Nie bez znaczenia pozostaje także znaczny okres opóźnienia w wystąpieniu z roszczeniami z art. 446 k.c., w zasadzie równy terminowi przedawnienia.

W świetle przedstawionych wywodów za zasadny należało uznać zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego tj. art. 117 § 2 w zw. z art. 5 k.c. W tym stanie rzeczy roszczenia powódki skierowane przeciwko obu pozwany podlegały oddaleniu jako przedawnione.

Niezależnie od tej oceny, trafne pozostają także te zarzuty naruszenia prawa procesowego i prawa materialnego, wspólne obu apelacjom, w ramach których skarżący podważają ustalenia i rozważania Sądu Okręgowego, skutkujące

wyprowadzeniem swoistego domniemania o istnieniu związku przyczynowego między kumulacją nieprawidłowych zachowań pracowników Wojewódzkiej (...) i interwenienta ubocznego R. W. (1), a wywołaniem czy pogłębieniem rozstroju zdrowia u J. S. (2), którego skutkiem była śmierć pacjenta.

Przede wszystkim wypada zgodzić się z apelującym – (...) S.A., który za pomocą zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., art. 235 § 1 k.p.c., art. 286 k.p.c. stara się wykazać błędy na etapie dowodzenia i oceny dowodów, które ostatecznie przełożyły się na wadliwą ocenę przesłanek art. 361 § 1 k.c. Zarzut naruszenia reguły swobodnej oceny dowodów przywołany został także przez drugiego z apelujących. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że Sąd pierwszej instancji odmówił wiary przeprowadzonym w sprawie dowodom z opinii biegłego kardiologa M. D. (2) oraz opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej C. M. im. L. R. w B. w zakresie ich konkluzji co do braku wpływu wysiłku fizycznego, jaki J. S. (2) włożył w zejście po schodach do karetki oraz decyzji o sposobie jego transportu, na zatrzymanie krążenia, a w konsekwencji na skutek w postaci śmierci pacjenta. Wnioski, podważające tą tezę, płynącą zgodnie z obu opinii biegłych, Sąd Okręgowy wyprowadził z opinii wydanych na potrzeby postępowania przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelnym Sądem Lekarskim oraz postępowania karnego, a także z zeznań świadków i załączonych do akt publikacji z zakresu medycyny. Do tych dowodów, w tym zwłaszcza opinii wydanych na użytek innych postępowań, Sąd pierwszej instancji odwołał się czyniąc ustalenia faktyczne, a następnie rozważania dotyczące przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanych. Należy zgodzić się z apelującym (...) S.A., że w okolicznościach sporu tego rodzaju działanie narusza przede wszystkim zasadę bezpośredniości postępowania, wyrażoną w art. 235 § 1 k.p.c. W wyroku z dnia 24 sierpnia 2011 r. w sprawie IV CSK 535/10 (LEX nr 1129152) Sąd Najwyższy, podkreślając wagę zasady bezpośredniości jako jednej z naczelných zasad postępowania cywilnego, zaakcentował, że tylko bezpośrednio zetknięcie się sądu orzekającego ze stronami, świadkami, biegłymi i dowodami rzeczowymi zapewnia sądowi możliwość poczynienia odpowiednich spostrzeżeń, istotnych dla oceny wiarygodności i mocy dowodów. W orzecznictwie i piśmiennictwie zgodnie przyjmuje się zatem, że dopuszczenie dowodu z dokumentów, znajdujących się w aktach innej sprawy, nie narusza zasady bezpośredniości, o ile strony miały możliwość ustosunkowania się do nich (tak SN w wyroku z dnia 19 października 2011 r. w sprawie II CSK 20/11, LEX nr 1103002; podobnie w wyroku z dnia 21 lutego 2012 r. w sprawie I UK 295/11, LEX nr 1170218; podobnie Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Postępowanie rozpoznawcze Tom I pod red. T. Erecińskiego, Wydawnictwo LexisNexis 2012, teza 12 do art. 235 k.c.). W tym przypadku postępowanie dowodowe winno polegać na dopuszczeniu i ujawnieniu treści poszczególnych, ściśle określonych dokumentów, w taki sposób, by strony mogły się do nich ustosunkować (vide wyrok SN z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie IV CK 212/02; LEX nr 172816; wyrok SN z dnia 30 maja 2008 r. w sprawie III CSK 344/07, LEX nr 490435). W realiach sporu pełnomocnik powódki w pismach procesowych z dnia 24 września 2013 r. (k 775) oraz z dnia 18 października 2013 r. (k 787) zgłosił wnioski o dopuszczenie dowodów z dokumentów – szczegółowo wymienionych opinii załączonych do akt postępowania karnego i dyscyplinarnego, przy czym po złożeniu owych pism procesowych odbył się jedynie jeszcze jeden termin rozprawy, poprzedzający wydanie zaskarżonego wyroku. Z protokołu rozprawy z dnia 27 listopada 2013 r. nie wynika, by Sąd Okręgowy wydał postanowienie o dopuszczeniu dowodu ze wskazanych przez powódkę dokumentów lub o oddaleniu omawianych wniosków dowodowych. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd pierwszej instancji powołał się ostatecznie także na pisemne opinie prof. dr hab. J. A. oraz prof. zw. dr hab. G. O. i dr hab. K. F., które to dokumenty nie były objęte wnioskami powódki, pominął natomiast wnioskowany przez powódkę dowód z opinii biegłego sądowego K. K., wydanej na użytek postępowania karnego. Co za tym idzie, pozwani nie tylko nie mieli wiedzy, jakie dokumenty zgromadzone w toku innych postępowań Sąd pierwszej instancji zamierza zaliczyć w poczet materiału dowodowego, ale zostali także pozbawieni możliwości ustosunkowania się do nich, czy wyjaśnienia wątpliwości co do ich treści. Mimo załączenia akt postępowania karnego i postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej lekarzy pogotowia, pozwani nie mogli a priori zakładać, że Sąd Okręgowy wybiórczo włączy do podstawy faktycznej część dokumentów zgromadzonych w tych sprawach. Opisane wyżej uchybienia procesowe świadczą nie tylko o naruszeniu dyspozycji art. 235 § 1 k.p.c., ale również o naruszeniu zasady jawności i kontradiktoryjności postępowania.

Na opisane błędy w zakresie postępowania dowodowego nałożyło się kolejne uchybienie związane z niezasadnym przypisaniem większości przywołanych w ustaleniach faktycznych dokumentów mocy opinii w rozumieniu art. 278

k.p.c. Tymczasem rację ma apelujący (...) S.A. zwracając uwagę, że dokumenty sporządzone w postępowaniu przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej i Sądem Lekarskim stanowią w istocie prywatne ekspertyzy i mają jedynie moc dowodu z dokumentu prywatnego (art. 245 k.p.c.). Niewątpliwa wiedza specjalistyczna autorów tych ekspertyz nie sanuje rangi dowodowej tych dokumentów, bowiem zostały one sporządzone bez zachowania trybu procesowego przewidzianego dla dowodu z opinii biegłego w postępowaniu sądowym, a część z nich np. opinia prof. zw. dr hab. G. O. i dr hab. K. F. sporządzona została na zlecenie obwinionego R. W. (1).

W konsekwencji podzielić trzeba twierdzenia obu apelujących o naruszeniu zasad swobodnej oceny dowodów wyrażonej w art. 233 § 1 k.p.c. Do naruszenia powołanej normy prawa procesowego doszło niejako na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, naruszone zostały podstawowe dyrektywy oceny dowodu z opinii biegłych. Specyfika dowodu z opinii biegłego wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie ma wiadomości specjalnych. Opinia biegłego podlega zatem ocenie przy uwzględnieniu szczególnych dla tego dowodu kryteriów, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (tak SN w wyroku z dnia 14 listopada 2013 r. w sprawie IV CSK 135/13, LEX nr 1405234 oraz w wyroku z dnia 20 stycznia 2009 r. w sprawie II CSK 229/08, LEX nr 527196). W orzecnictwie podkreśla się, że dowód z opinii biegłego ma charakter szczególny, ponieważ jego celem jest dostarczenie sądowi wiadomości specjalnych niezbędnych do rozstrzygnięcia sprawy. Dlatego nie można go zastąpić inną czynnością dowodową, czy zaniechać jego przeprowadzenia z powodu posiadania wiedzy specjalnej przez strony albo sędziego wchodzącego w skład sądu orzekającego. Zeznania świadków, prywatna ekspertyza, czy literatura specjalistyczna nie mogą stanowić podstawy oceny przez sąd orzekający, czy w konkretnej sprawie doszło do zaniedbań ze strony lekarzy. Zawsze niezbędna jest wiedza specjalistyczna i dowód z opinii biegłych, którzy ocenią dany przypadek uwzględniając wszelkie występujące uwarunkowania (podobnie SN w wyroku z dnia 29 listopada 2006 r. w sprawie II CSK 245/06, LEX nr 233065; w wyroku z dnia 7 marca 2013 r. w sprawie II CSK 422/12, LEX nr 1314390; podobnie SA w Białymstoku w wyroku z dnia 31 października 2012 r. w sprawie I ACa 489/12, LEX nr 1235969). W rezultacie polemika Sądu w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego bez zasięgnięcia opinii innego biegłego stanowi naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. Jak podkreślił SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 5 lutego 2014 r. w sprawie V CSK 140/13 (LEX nr 1458681), opinia biegłego, która nie przekonała sądu nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności, czy logiczności. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłego lub w ich miejsce wprowadzać własnych stwierdzeń. W rozpatrywanej sprawie Sąd Okręgowy podważył zgodne konkluzje opinii biegłego M. D. (2) oraz opinii biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej C. M. im. L. R. w B., a więc dowodów przeprowadzonych z zachowaniem zasady bezpośredniości, poprzez odwołanie do ekspertyz mających charakter dokumentu prywatnego, zeznań świadków oraz literatury fachowej (vide strona 23 uzasadnienia zaskarżonego wyroku). Tymczasem, jak wskazano wyżej, żaden z tych środków dowodowych nie służy ustaleniu okoliczności faktycznych z wykorzystaniem wiadomości specjalnych i nie może być skutecznie przeciwstawiony konkluzjom opinii biegłych.

Naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów wyraża się nie tylko w opisanych wyżej uchybieniach proceduralnych przy analizie dowodu z przeprowadzonych w niniejszym postępowaniu opinii biegłych, ale także w dowolnym i wybiórczym potraktowaniu opinii wydanych w postępowaniu karnym oraz ekspertyz przedstawionych w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy pogotowia. Przytaczając treść tych dokumentów w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, Sąd pierwszej instancji skupił się wyłącznie na wykazywanych nieprawidłowościach w decyzjach lekarzy pogotowia, nierzadko pomijając tą część wypowiedzi biegłych i ekspertów, która wskazuje na brak związku przyczynowego owych nieprawidłowości z samoistną chorobą pacjenta i w efekcie z jego ze zgonem lub na tak niske prawdopodobieństwo skutku w postaci śmierci, że tego rodzaju związku w uprawniony sposób nie da się wyprowadzić. Wystarczy wskazać, że konkluzje opinii prof. dr hab. med. L. P. (1) oraz wspólnej opinii prof. zw. dr hab. G. O. i dr hab. K. F. były uzależnione od oceny zeznań składanych w toku postępowania dyscyplinarnego przez dr R. W. i powódkę, i jedynie całkowite danie wiary powódce uzasadniało tezę o błędzie diagnostycznym lekarza pogotowia. W niniejszym postępowaniu Sąd Okręgowy nie prowadził postępowania

dowodowego pozwalającego odtworzyć przebieg wizyty lekarskiej u pacjenta przeprowadzonej przez zespół karetki W i nie czynił w tym zakresie żadnych własnych ustaleń. Ponadto Sąd pierwszej instancji pominął w swych ustaleniach konkluzję przeprowadzonej w postępowaniu karnym opinii biegłego sądowego K. K. (1) (k 1034 -135 akt karnych), na którą powołuje się apelujący (...) S.A., a której ostatecznie dał wiarę Sąd w postępowaniu karnym. Wnioski tej opinii są zaś całkowicie zbieżne z konkluzją opinii biegłych przeprowadzonych w niniejszym postępowaniu.

Podzielając zarzut naruszenia przepisu prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. przy ocenie opinii biegłego M. D. i zespołu biegłych z (...) M. K. w T. C. M. im. L. R. w B., Sąd Apelacyjny w oparciu o wskazane dowody dokonał własnych ustaleń faktycznych, które wskazują na brak bezpośredniego związku przyczynowego między wysiłkiem związanym z zejściem pacjenta po schodach a skutkiem w postaci nagłego zatrzymania krążenia i na tak znikomy związek pośredni, który nie daje podstaw dla wyprowadzenia zależności o charakterze przyczynowo skutkowym. Obie opinie wskazują ponadto, iż w świetle obowiązujących w dacie zdarzenia wytycznych i objawów choroby J. S. (2), ocenianych ex ante, a nie ex post, pacjent nie kwalifikował się na tzw. program kardiologiczny i prawidłowa była decyzja lekarza pogotowia o przewiezieniu pacjenta na (...). Nie może umknąć uwadze Sądu Apelacyjnego, iż w tej ostatniej kwestii Sąd Okręgowy nie ustrzegł się nieścisłości zarówno na etapie ustaleń faktycznych, jak i następnie rozważań. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ustala, że stan kliniczny J. S. (2) kwalifikował go do przewiezienia do Kliniki (...) po reanimacji prowadzonej przez lekarza pogotowia z pominięciem oddziału (...), a opóźnienie leczenia inwazyjnego w ostrej fazie zawału serca nie zapewnia możliwości optymalnego leczenia i oddala moment przywrócenia krążenia wieńcowego w zamkniętym naczyniu, przy czym jako podstawę tych ustaleń wskazuje zarówno zeznania świadka Z. B., z których rzeczywiście da się wyprowadzić taką tezę, jak i dokument załączony na karcie 640 akt karnych, sygnowany przez II Katedrę i Klinikę (...) w Ł. Szpitala im. W. (...), który wskazuje na bezzasadność wcześniejszego kontaktu z tym ośrodkiem, w sytuacji, gdy zawał został u J. S. (2) rozpoznany dopiero w oparciu o badania na (...) w B.. W dalszych ustaleniach, w ślad z opinią biegłego M. D., Sąd Okręgowy zdaje się przyjmować drugi ze wskazanych wniosków i podaje, że w czasie podejmowania decyzji przez lekarza pogotowia były wskazania do przeprowadzenia pełnej diagnostyki kardiologicznej w zakresie niezbędnym i możliwym ze względu na stan pacjenta, co w tym przypadku oznaczało konieczność hospitalizacji na oddziale dysponującym możliwością prowadzenia respiroterapii. Do czasu wykonania EKG w Szpitalu w B. nie istniały powody do zawiezienia pacjenta na tzw. program z uwagi na niespełnienie kryteriów. Z kolei w rozważaniach najpierw stawia tezę, że J. S. (2) w chwili udzielania świadczeń medycznych przez lekarzy pogotowia nie kwalifikował się na tzw. program kardiologiczny, by jednocześnie czynić tym osobom zarzut, że nie podjęli żadnych czynności w celu sprawdzenia, czy pacjent zostanie przyjęty do Szpitala im. (...), a następnie owo zaniechanie czyni jedną z przesłanek dla wyprowadzenia domniemania istnienia związku przyczynowego.

Opisane wyżej błędy przy konstruowaniu podstawy faktycznej rozstrzygnięcia przełożyły się na wadliwe zastosowanie art. 231 k.p.c. oraz art. 361 § 1 k.c., czyniąc zasadnym zarzut naruszenia tej normy prawa materialnego przywołany przez obu apelujących. Rozważania w tej materii należy poprzedzić przypomnieniem podstawy prawnej roszczeń zgłoszonych w pozwie. Przepis art. 446 k.c. określa podmiotowy i przedmiotowy zakres naprawienia szkody, jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego. Zobowiązany do naprawienia szkody jest ten, kto według reguł określonych dla danego zdarzenia szkodzącego ponosi odpowiedzialność deliktową za uszkodzenie ciała lub wywołanie rozstroju zdrowia, a w konsekwencji za śmierć bezpośrednio poszkodowanego. Jedną z przesłanek odpowiedzialności deliktowej jest istnienie adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. między zawinionym zachowaniem naruszydźciela a skutkiem w postaci szkody. Analiza uzasadnienia zaskarżonego wyroku wskazuje, że Sąd Okręgowy tak rozumiany związek przyczynowy, a w zasadzie domniemanie jego istnienia, wyprowadził ostatecznie z kumulacji szeregu zachowań przypisanych pracownikom Wojewódzkiej (...) oraz indywidualnie R. W. (1). W świetle poglądów judykatury, tzw. dowód prima facie oparty na konstrukcji domniemań faktycznych z art. 231 k.p.c. zwalnia stronę ponoszącą ciężar dowodu od żmudnego wykazania wszystkich etapów związku przyczynowego między pierwotnym zdarzeniem sprawczym a szkodą, wymaga jednak wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych, pozwalających traktować je, jako oczywiste. (tak SN w wyroku z dnia 2 czerwca 2010 r. w sprawie III CSK 245/09, LEX nr 611825). Co więcej, zastosowanie tej konstrukcji wydaje się możliwe tylko wtedy, gdy dla wniosku domniemania nie

ma innych konkurencyjnych hipotez i wniosków nie budzi wątpliwości z uwagi na wyniki postępowania dowodowego. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny (tak SN w wyroku z dnia 17 października 2007 r. w sprawie II CSK 285/07, LEX nr 490418). W rozpatrywanej sprawie wnioski, jakie płyną z prawidłowo ocenionych dowodów przeprowadzonych w sprawie, nie pozwalają na skorzystanie z art. 231 k.p.c. i opartej na nim konstrukcji domniemań, bowiem wykluczają lub wskazują na zaledwie znikomy związek zaniedbań lekarzy pogotowia ze skutkami objętymi dyspozycją art. 446 k.c. Oceny tej nie podważa prawomocny wyrok skazujący R. W. (1), wydany w sprawie sygn. IV K 555/04 Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi. Na gruncie przepisu art. 160 k.k. karnoprawna ochrona następuje na etapie bezpośrednio poprzedzającym spowodowanie uszczerbku dla chronionego dobra prawnego, a zatem nie świadczy o istnieniu związku między zachowaniem sprawcy a wystąpieniem owego uszczerbku. Nie sposób pominąć, że przyczyną zgonu J. S. (2) była samoistna choroba - zawałowana wielonaczyniowa choroba niedokrwienna serca, z powodu której doszło do zawału ściany dolnej i tylnej lewej komory serca ze współistniejącym zawałem prawej komory serca, a w jego przebiegu - po nagłym zatrzymaniu krążenia - doszło do rozwiniętego wstrząsu kardiogenego, przy czym, jak podkreślał biegły dr M. D. - o losie pacjenta przesądziło wystąpienie drugiego incydentu zatrzymania krążenia w Izbie Przyjęć Szpitala im. (...). Charakterystyczne jest przy tym, iż nawet w świetle większości opinii wydanych na potrzeby postępowania karnego i dyscyplinarnego, do których ostatecznie odwołuje się Sąd Okręgowy, stopień prawdopodobieństwa wystąpienia kwalifikowanego prawnie skutku nie jest określany jako wysoki lub znaczny. I tak w opinii (...) Szpitala (...) im. WAM w Ł. wskazuje się, że trudno określić, czy wcześniejsze wykonanie angioplastyki miało istotny wpływ na rokowanie pacjenta, a jego uprzednie przewiezienie na (...) nie poprawiło rokowania. Z opinii Kliniki (...) i Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu (...) w Ł. wynika jedynie, że przy prawidłowej decyzji o transporcie na tzw. program, chory uniknąłby niepotrzebnej jazdy do B., ale ostatecznie być może nie zmieniłoby to wyniku postępowania leczniczego. Podobnie wypowiada się w swej opinii prof. dr hab. med. L. P.. Z kolei zdaniem prof. dr hab. med. M. C., chory umieszczony w (...) w B., a następnie po rozpoznaniu zawału przewieziony do Ł. „...nie uzyskał istotnej korzyści”. Na brak tego rodzaju łańcucha przyczynowo - skutkowego między błędem diagnostycznym lekarza R. W. (1), skutkującym nakazaniem pacjentowi samodzielne zejście po schodach, a skutkiem w postaci zwiększonego ryzyka zgonu pacjenta wskazuje opinia biegłego sądowego K. K., wydana na potrzeby postępowania karnego. Ponownie także wypada odwołać się do opinii biegłego sądowego M. D., który wskazał na prawdopodobny mechanizm, który doprowadził do drugiego nagłego zatrzymania krążenia, a w żaden sposób nie był związany z ewentualnym wysiłkiem fizycznym pacjenta.

Na koniec warto wskazać, iż wyprowadzając domniemanie istnienia związku przyczynowego z kumulacją zaniedbań organizacyjnych Pogotowia, błędu diagnostycznego R. W. (1) oraz błędnej decyzji o przewiezieniu pacjenta na (...), Sąd Okręgowy z niewyjaśnionych przyczyn „zrównał” przesłanki odpowiedzialności obu pozwanych, całkowicie pomijając bezsporną okoliczność, iż pozwany (...) S.A. ponosi odpowiedzialność wyłącznie za działania lub zaniechania ubezpieczonego tj. R. W. (1). Z kolei ubezpieczony, związany z Wojewódzką (...) kontraktem, o którym mowa w art. 35 ust. 5 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w sposób oczywisty nie ponosi odpowiedzialności ani za działania innych pracowników Pogotowia, ani za błędy organizacyjne tego podmiotu. Nie ponosi odpowiedzialności za decyzje dyspozytora o wysłaniu do chorego karetki W i wbrew wnioskowi, jakie z przeprowadzonych dowodów wyprowadził Sąd pierwszej instancji - nie odpowiada także za decyzję o przewiezieniu pacjenta do Szpitala w B.. Od momentu przyjazdu karetki (...) i podjęcia przez jej zespół działań reanimacyjnych, pacjent pozostawał pod bezpośrednią pieczę lekarza P. W.. To do niego, jako do kierownika zespołu wyjazdowego, należała decyzja o przewiezieniu pacjenta, jego podpis widnieje pod kartą zlecenia wyjazdu. Podobnie zakres czynności, na który powołuje się Sąd Okręgowy w treści uzasadnienia, dotyczy właśnie P. W. (1). Wskazać także trzeba, iż z uzasadnienia Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi w sprawie sygn. IV K 555/04 wynika, że lekarz R. W. (1), był tą osobą, która doradzała odwiezienie pacjenta do Szpitala im. (...). Ostatecznie zatem pozwany (...) S.A. ponosi odpowiedzialności jedynie za możliwe skutki błędu diagnostycznego lekarza R. W. (1) i jego decyzję o sposobie przemieszczania się chorego z mieszkania do karetki pogotowia, zaś tych zachowań rozpatrywanych samodzielnie, nawet w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie udało się powiązać ze szkodą w sposób określony w art. 361 § 1 k.c.

Skutkiem naruszenia przepisu art. 361 § 1 k.c. jest także naruszenie art. 446 § 1 i 3 k.c. poprzez przypisanie odpowiedzialności deliktowej przewidzianej w tym przepisie obu pozwany.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w zaskarżonej części i oddalił powództwo.

O kosztach postępowania przed Sądem I instancji oraz o kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. Szczególnych okoliczności uzasadniających zastosowanie powołanego przepisu należy upatrywać w sytuacji życiowej i zdrowotnej powódki, przeżytej traumie i poczuciu krzywdy, które przekładają się na jej subiektywne przekonanie o zasadności dochodzonych roszczeń.