

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 20 czerwca 2011 roku powodowie M. N. (1), B. N., J. N. i G. N. (1) wnieśli o zasądzenie solidarnie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. (...) w S. i P. K.:

- na rzecz **M. N. (1)** kwoty 250.000 zł tytułem jednorazowego odszkodowania w związku z pogorszeniem sytuacji życiowej po śmierci męża M. N. (2) wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi w stosunku do pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. (...) w S. od dnia 12 lipca 2010 roku do dnia zapłaty, zaś w stosunku do pozwanego P. K. od dnia 15 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi w stosunku do pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. (...) w S. od dnia 12 lipca 2010 roku do dnia zapłaty, zaś w stosunku do pozwanego P. K. od dnia 15 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

kwoty 24.405,30 zł tytułem zwrotu kosztów pogrzebu wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi w stosunku do pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. (...) w S. od dnia 12 lipca 2010 roku do dnia zapłaty, zaś w stosunku do pozwanego P. K. – od dnia 15 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty.

- na rzecz **J. N.** kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę po śmierci syna M. N. (2) wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia 15 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

- na rzecz **B. N.** kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę po śmierci syna M. N. (2) wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia 15 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

- na rzecz **G. N. (1)** kwoty 100.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę po śmierci brata M. N. (2) wraz z odsetkami ustawowymi, liczonymi od dnia 15 kwietnia 2011 roku do dnia zapłaty,

oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz powodów kosztów procesu według norm przepisanych.

Na uzasadnienie żądania podano, iż w czasie pobytu M. N. (2) w pozwanym Szpitalu doszło u niego do zakażenia gronkowcem złocistym, czego rezultatem była ciężka sepsa i śmierć. Nadto pozwany Szpital nie udzielił choremu jakichkolwiek prawidłowych wskazań co do sposobu dalszego leczenia, kontroli leczenia i dalszego postępowania. Mimo, iż przyczyną zgonu M. N. było zakażenie szpitalne, w ocenie strony powodowej, nie doszłoby do jego śmierci, gdyby leczący go lekarz P. K. postawił prawidłową diagnozę i wdrożył niezbędne leczenie. Stawiając niewłaściwą diagnozę i wdrażając nieprawidłowe leczenie pacjenta popełnił on zawiniony błąd w sztuce lekarskiej, czym przyczynił się do śmierci M. N. (2).

(pozew, k. 2-17)

Pozew został doręczony pozwanemu P. K. w dniu 29 sierpnia 2011r., zaś pozwanemu Szpitalowi w dniu 30 sierpnia 2011r.

(potwierdzenia odbioru, k. 258-259)

W odpowiedzi na pozew z dnia 1 września 2011r. pozwany P. K. wniósł o oddalenie pozwu w całości.

(odpowiedz na pozew, k. 257)

W odpowiedzi na pozew z dnia 12 września 2011r. pozwany SPZOZ w S. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o orzeczenie o kosztach sądowych według norm przepisanych. Wskazał, iż w jego ocenie brak jest dowodów wskazujących na istnienie związku przyczynowego między sposobem i przebiegiem leczenia pacjenta, a winą szpitala.

(odpowiedź na pozew, k. 263-269)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. N. (2) miał problemy z kręgosłupem, nie mógł się poruszać, utykał na nogę. Dolegliwości trwały około 6 miesięcy. Przestał pracować z powodów zdrowotnych. Zdecydował się rozpocząć leczenie, by mógł powrócić do pracy. Z wynikami badań udał się na konsultację do doktora P. K..

(zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r., 00:18:01, k. 1015v., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:22:22, k. 1331, zeznania J. G., protokół z dnia 29.01.2014r., 00:06:03, k. 972v.)

W dniu 14 czerwca 2009 r. M. N. (2), po wcześniejszej konsultacji z lekarzem P. K., został przyjęty na Oddział Neurochirurgiczny SP ZOZ w S. w celu wykonania zabiegu neurochirurgicznego, stwierdzony został ześlizg L5/S1. Po przeprowadzeniu niezbędnych badań (RTG oraz CT) oraz kwalifikacji anestezjologicznej wykonano u chorego zabieg stabilizacji transpedikularnej L5/S1. Został on przeprowadzony w dniu 16 czerwca 2009 w znieczuleniu ogólnym przez lekarza P. K.. W czasie zabiegu użyto implantów - materiałów sztucznego pochodzenia.

Przed zabiegiem w badaniu morfologicznym krwi stwierdzono u chorego, iż wartość leukocytozy była nieco powyżej górnej granicy normy, tj. 11,5 tys./mm³. Także przed zabiegiem w ramach profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej podano M. N. (2) jednorazową dawkę antybiotyku Tarfazolin 1g dożylnie.

Po zabiegu rana goiła się prawidłowo. M. N. (2) został wypisany do domu w dniu 18 czerwca 2009 r. w stanie ogólnym dobrym. W badaniach laboratoryjnych morfologicznym krwi z dnia 16 czerwca 2009 r. stwierdzono podwyższenie liczby białych krwinek do 23,07 tys. w mm³ oraz obniżenie liczby czerwonych krwinek i obniżone wartości hematokrytu. Na podstawie badania rtg stwierdzono prawidłowe ustawienie implantów. Z karty gorączkowej ogólnej pacjenta M. N. (2) wynika, iż w dniu 17 czerwca 2009 roku temperatura jego ciała wzrosła do 37,7 st. C, a następnie nieznacznie obniżyła się w dniu 18 czerwca 2009 roku (w dniu wypisu ze szpitala) do 37,4 st. C.

(skierowanie, k. 28, karta znieczulenia, k. 41- 42, dokumentacja medyczna, k. 29-37, k. 40-51, k. 56, zeznania pozwanego P. K., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:38:30, k. 1331v.)

M. N. (2) w czasie pobytu w domu początkowo czuł się dobrze, cieszył się z wykonanej operacji, zaczął chodzić. W dniu 21 czerwca 2009r. dostał gorączki - do 39 st. C.

P. K. przy opuszczaniu przez M. N. (2) szpitala, poinformował go, iż w razie problemów ma się z nim skontaktować. W związku z wystąpieniem gorączki żona chorego zadzwoniła do pozwanego, który przejechał do domu pacjenta w dniu 22 czerwca 2009r. M. N. (2) zgłaszał kaszel i niewielkie bóle gardła. Lekarz zaproponował choremu przyjęcie do szpitala, jednak pacjent nie wyraził zgody. P. K. w badaniu neurologicznym nie stwierdził odchyień od normy, badanie przedmiotowe wykazało jedynie osłabienie szmeru płucznego po stronie lewej. Rana po zabiegu była zagojona i niebolesna. Lekarz przepisał pacjentowi antybiotyk Sumamed. W dniu 23 czerwca 2009r. pozwany ponownie przejechał do domu pacjenta, który nadal miał gorączkę. Lekarz nie stwierdził odchyień w badaniu neurologicznym oraz w zakresie rany pooperacyjnej. Postawił choremu bańki oraz ponowił propozycję udania się do szpitala. Pacjent ponownie odmówił. Dodatkowo został choremu przepisany Metronidazol. M. N. (2) był następnie konsultowany przez lekarza pulmonologa, który przepisał inny antybiotyk. Z uwagi na wystąpienie sinicy kończyn, żona M. N. (2) skontaktowała się z pozwanym lekarzem, który w tej sytuacji polecił jej dzwonić na pogotowie.

W dniu 27 czerwca M. N. (2) został przetransportowany do Szpitala w Z. 2009 r. , gdzie został przyjęty na Oddział Ratunkowy i Oddział Intensywnej Terapii z rozpoznaniem: wstrząs septyczny (podejrzanie), stan po operacji kręgosłupa. Tego samego dnia został przesłany na Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii (...) Szpitala (...) z rozpoznaniem: podejrzenie ciężkiej sepsy, wstrząs, niewydolność oddechowa, niewydolność krążenia, stan po operacji kręgosłupa lędźwiowego. Przyjęty w stanie skrajnie ciężkim z objawami wstrząsu i niewydolności wielonarządowej. Zastosowano wentylację zastępczą, włączono leczenie i terapię nerkozastępczą,

wlewy preparatów krwiopochodnych. Pomimo intensywnego leczenia nie uzyskano poprawy. M. N. (2) zmarł w trzeciej dobie hospitalizacji.

(dokumentacja medyczna, k. 52-53, k. 57-92, k. 96-99, k. 104-106, k. 403, zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r., 00:18:01, 00:56:52, k. 1015v., 1016v., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:36:35, k. 1331v., zeznania J. M. (1), protokół z dnia 16.04.2014r., 00:03:40, k. 1069v., zeznania pozwanego P. K., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:33:11, k. 1017v. oraz k. 403-404 w zw. z protokół z dnia 02:03:2016r., 00:38:30, k. 1331v., opinia biegłego A. B., k. 620-627, opinia Uniwersytetu (...) - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, k. 1126-1133)

W dniu 26 czerwca 2009r. w wyniku badania, tj. posiewu krwi M. N. (2) wyhodowano gronkowce złociste (*Staphylococcus aureus*) wrażliwe na wszystkie antybiotyki za wyjątkiem Doxycyliny i Clidamycyny, w dniu 27 czerwca 2009r. wyhodowano z płynu ze zbiornika okołokręgosłupowego (posiew) gronkowce złociste wrażliwe na wszystkie antybiotyki z wyjątkiem Doxycyliny i Clidamycyny, zaś w dniu 29 czerwca 2009r. z pobranych na posiew popłuczyn oskrzelikowych wyhodowano gronkowce złociste (*Staphylococcus aureus*) wrażliwe na wszystkie antybiotyki z wyjątkiem Doxycyliny.

(dokumentacja medyczna, k. 93-95, k. 100-103)

Przy przyjęciu do pozwanego Szpitala pacjenci wyrażają zgodę na pobyt w szpitalu.

M. N. (2) w dniu 15 czerwca 2009r. wyraził pisemną zgodę na zabieg operacyjny, zaś w dniu 16 czerwca 2009r. na znieczulenie. Zapoznał się z informacją o powikłaniach, gdzie na pierwszym miejscu był wskazany zgon.

W formularzu podano błędną nazwę zabiegu – wycięcie jądra miażdżystego. Jest to omyłka pisarską, bowiem zabieg wykonano prawidłowo, zgodnie dla rozpoznania jednostki chorobowej („ześlizg L5-S1”)

(informacja o powikłaniach, k. 38, zgoda na zabieg, ankieta przedoperacyjna, k. 39, zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r., 00:18:01, k. 1015v., opinia instytutu - (...), k. 1126-1133, zeznania pozwanego P. K., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:33:11, k. 1017v., zeznania M. K. (1), k. 404v.-405, zeznania E. M., k. 407, zeznania J. D. (1), k. 512v., zeznania D. Ś., k. 514v.)

M. N. (2) w chwili śmierci miał 34 lata, palił papierosy. Był aktywny, dbał o formę, biegał. Miał 190 cm wzrostu, ważył około 100 kg. Nigdy nie miał robionych punkcji, ani przeprowadzanych zabiegów na kręgosłupie. Nie miał problemów laryngologicznych. Poza odczuwanymi dolegliwościami ze strony kręgosłupa, z powodu których zdecydował się na przedmiotowy zabieg, na nic nie chorował.

(zeznania powódki M. G., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:09:24, k. 1330v.)

Przyczyną zgonu M. N. (2) była sepsa. Charakter patologii kręgosłupowej zwanej „ześlizgiem” polega na zsuwaniu się kręgów względem siebie pod wpływem przeciążenia i naciąganiem struktur nerwowych kanału kręgowego powodujących ból. W związku z tym leczenie przyczynowe polega na stabilizacji kręgów względem siebie. Można to uzyskać na drodze operacyjnej lub stabilizatora zewnętrznego – np. sznurówki ortopedycznej. Skuteczność tego drugiego sposobu jest zdecydowanie mniejsza, a okres poprawy i zmniejszenia zespołu bólowego ogranicza się do okresu noszenia sznurówki.

W przypadku M. N. (2) leczenie operacyjne nie było bezwzględnie konieczne, istniała alternatywa zachowawcza. Pacjent musiał jednak bardzo cierpieć, skoro zaledwie po kilkumiesięcznym okresie bólowym zdecydował się na operację, która była potencjalnie obciążona licznymi powikłaniami, o których musiał wiedzieć podpisując ich listę ze zgonem włącznie, wpisanym na pierwszym jej miejscu. Skoro zatem cierpienie M. N. (2) przed operacją związane z bólem korzeniowym na tle ześlizgu było tak wielkie, że zdecydował się na operację, to należy domniemywać, że i „normalne funkcjonowanie bez poddania się operacji” było niemożliwe.

Odnosnie zgody na zabieg operacyjny pozwany Szpital w S. dopełnił pełnej staranności w tym względzie. Jest zgoda przy przyjęciu przy szpitala, zgoda dotycząca zabiegu operacyjnego i znieczulenia oraz informacja o bardzo rozbudowanej liście powikłań związanych z operacją. Na liście tej m. in. pacjent został poinformowany o „ropieniu rany” i „posocznicy”. Dopełniono więc obowiązku zaznajomienia M. N. (2) z ryzykiem operacyjnym i okołoperacyjnym w sposób ponadstandardowy. Co do zaleceń poszpitalnych sprowadzających się do stwierdzenia „dalsze leczenie u lekarza rodzinnego - zaspokaja ono bezpieczeństwo pacjenta po wyjściu szpitala.

Lek Atarax tj. lek przeciwlękowy i jego dawka (25mg) podana M. N. (2) nie wpłynęła na stan jego świadomości (przy masie pacjenta 100 kg).

Opis protokołu operacyjnego wskazuje na wykonanie zabiegu stabilizacji transpedikularnej wzmacniającej połączenie kręgów L5 i S1 względem siebie. Jest to przyjęty sposób leczenia kręgozmyku – ześlizgu w kręgosłupie lędźwiowym. Nie stwierdzono pogorszenia neurologicznego, które potwierdza wpis obserwacji pielęgniarskich, a sam pacjent opuścił Oddział w drugiej dobie po zabiegu o własnych siłach, w „stanie ogólnym dobrym”. Od strony strictly neurochirurgicznej nie ma związku przyczynowo - skutkowego między założeniem implantu transpedikularnego do kręgosłupa a zgonem pacjenta, np. mechanicznego uszkodzenia struktur wewnętrznych przez źle wprowadzony implant, które to uszkodzenia doprowadziłyby do zgonu.

Procedura oceny dostarczanych implantów polega na sprawdzaniu jakości testów sterylizacji oraz dat ich ważności. Zastosowane u M. N. (2) implanty dostarczane są przez dostawcę sprzętu medycznego jako niesterylne. Podlegają sterylizacji jak wszystkie narzędzia chirurgiczne stosowane na bloku operacyjnym.

(opinia biegłego neurochirurga K. S., k. 602-603, pisemna opinia uzupełniająca, k. 806-809)

Z neuropsychologicznego punktu widzenia brak jest podstaw do stwierdzenia, aby decyzja o operacji została M. N. (2) w jakikolwiek sposób narzucona. D. N. miał zdolność do dobrowolnego i świadomego podjęcia decyzji o zgodzie na operację. Przygotowania do operacji: pacjenta, zespołu operującego, sali operacyjnej, nie miały wpływu na jego zdolność do podjęcia decyzji o zgodzie na operację, gdyż on taką zgodę podjął znacznie wcześniej.

(opinia biegłego neuropsychologa L. S., k. 661-662, ustna opinia uzupełniająca protokół rozprawy z dnia 12 czerwca 2013 r., 01:04:20, k. 785)

W przypadku zmarłego M. N. (2) należy rozpoznać zakażenie szpitalne miejsca operowanego, tj. okolicy kręgosłupa w obrębie kręgów L5/ S1, gdyż:

- objawy zakażenia okolicy operowanej wystąpiły po kilku dniach od przebycia zabiegu operacyjnego, tj. przed upływem 30 dni

- stwierdzono występowanie ropnych zmian w miejscu operowanym tj. po 16.06.2009. r.

- stwierdzono obecność czynników bakteryjnych w posiewie pobranym ze zbiornika ropnego powstałego w miejscu operowanym (27.06.09) , wyhodowano gronkowce złociste (Staphylococcus aureus) metycylinowrażliwe,

- stwierdzenie zmian w miejscu operowanym zostało potwierdzone przez zespół leczący na Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala im. (...). Wobec powyższego zakażenie, które powstało w miejscu operowanym u zmarłego M. N. (2) należy uznać jako zakażenie szpitalne.

Jak wynika z obserwacji klinicznych na Oddziale Intensywnej Terapii miejscowe zakażenie gronkowcem złocistym było bezpośrednią przyczyną uogólnienia zakażenia i posocznicy, co należy stwierdzić na podstawie następujących danych:

- po zabiegu neurochirurgicznym wystąpił stan gorączkowy, upośledzenie stanu ogólnego, a po kilku dniach zaburzenia krążenia m. in. pod postacią sinicy kończyn, objawów wstrząsu, zaburzeń oddychania i innych objawów wielonarządowych m. in.: niewydolnością nerek z koniecznością terapii nerkozastępczej, typowych zmian skórnych,
- wstępne ustalenia podczas hospitalizacji na Oddziale Ratunkowym oraz Intensywnej Terapii w Z. zostały potwierdzone w Klinice (...) i Intensywnej Terapii w szpitalu(...),
- w badaniach laboratoryjnych stwierdzono typowe objawy posocznicy: zaburzenia układu krzepnięcia m. in. zwiększenie poziomu dimerów fibryny, hiperleukocytoza z typowym przesunięciem obrazu białokrwinkowego w lewo (98% krwinek obojętnochłonnych), w układzie czerwonych krwinek cechy niedokrwistości,
- w posiewie z krwi stwierdzono obecność gronkowców złocistych (*Staphylococcus aureus*) o cechach drobnoustrojów metycylinowrażliwych (MSSA), gronkowce złociste o typie MSSA w wydzielinie z drzewa oskrzelowego.

Bezpośrednią przyczyną sepsy z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością było uogólnione zakażenie gronkowcem złocistym (*Staphylococcus aureus*).

Zgon chorego nastąpił z powodu nieodwracalnych zmian wielonarządowych, które doprowadziły do zatrzymania czynności serca. Reanimacja okazała się nieskuteczna.

Odnosząc się do prawidłowości i zgodności ze sztuką lekarską postępowania lekarza P. K., wskazać należy, iż jak wynika z dokumentacji pacjent był wypisany ze szpitala w stanie dobrym bez zmian w okolicy rany pooperacyjnej. Po wystąpieniu zmian gorączkowych chory był badany przez pozwanego kilkakrotnie, żona była w stałym kontakcie telefonicznym z pozwanym. Pozwany lekarz P. K. dwukrotnie proponował leczenie szpitalne, na które zmarły nie wyraził zgody. Pozwany w tej sytuacji przepisał antybiotyk i w zasadzie nie miał innego sposobu postępowania. Jediną możliwością w tym przypadku było niezwłoczne umieszczenie chorego w szpitalu i była to jedyna szansa opanowania zakażenia gronkowcowego. Tak niekorzystny przebieg zakażenia jest trudny do przewidzenia i występuje niezmiernie rzadko u chorych nie obciążonych schorzeniami dodatkowymi.

Odnosząc się do zagadnienia prawidłowości procesu leczenia podjętego przez Wojewódzki Szpital (...) w Z. i Szpital im. (...) zauważyć należy, iż przyczyną zakażeń szpitalnych jest szereg czynników ryzyka zależnych od pacjenta, zależnych od drobnoustroju i pacjenta oraz zależnych od personelu i systemu organizacji opieki w szpitalu.

Jak wynika z akt sprawy powód nie był osobą obciążoną współistnieniem chorób somatycznych upośledzających ogólną odporność ustroju, jak np. cukrzycą, chorobami narządu krążenia lub chorobą nowotworową. Prowadził normalne życie rodzinne i zawodowe.

Przyczyną zgonu M. N. (2) było zakażenie rany pooperacyjnej a następnie zgon z powodu wystąpienia zakażenia łożyska krwi tj. posocznicy. W dniu 16 września 2009r. podano M. N. (2) lek Tarfazolin, który jest antybiotykiem – Cefalosporyną, to w tym przypadku działanie profilaktyczne szpitala należy uznać za wystarczające.

Karty zleceń były przez pozwanego Szpitala prowadzone wyjątkowo niestarannie, brak jest informacji o leczeniu farmakologicznym w dniu 18.06.2009 r., w karcie informacyjnej z pobytu chorego w Oddziale Neurochirurgicznym w dniach 14.06.-18.06.2009r. nie podano wszystkich badań laboratoryjnych, szczególnie wyników badania morfologicznego krwi oraz leczenia antybiotykami (Tarfazolin), co należy uznać za wyraźne niedopatrzenie.

(opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych A. B., k. 620-627, pisemna opinia uzupełniająca, k. 708-711, druga opinia uzupełniająca, k. 752-753)

W zależności od lekowrażliwości szczepy gronkowca złocistego dzieli się na metycylinowrażliwe – MSSA i metycylinooporne –MRSA. Szczepy MSSA w odróżnieniu od MRSA występują głównie w środowisku pozaszpitalnym. Do czynników zwiększających ryzyko kolonizacji i zakażenia przez MSSA należą: poważna choroba podstawowa, zakażenia np. układu oddechowego, cukrzyca, rany np. oparzeniowe, długotrwała hospitalizacja, podawanie leków

drogą dożylną, zabiegi operacyjne, wcześniejsze leczenie preparatami przeciwbakteryjnymi, kontakt z nosicielami lub osobami zakażonymi, bardzo rzadko dochodzi do zakażenia za pośrednictwem powietrza.

W badaniach M. N. (2) stwierdzono podwyższony nieprawidłowy poziom białych ciałek – leukocytów. Operacja powinna być odroczone do czasu wyjaśnienia przyczyny nieprawidłowych badań i ich normalizacji. Ponadto ze stanem podgorączkowym i niepokojącym wynikiem badania morfologii krwi z dnia 16.06.2009 r. (niepokojący był bardzo wysoki poziom leukocytów - 23 tys przy normie do 10 tys i znaczna anemizacja chorego - spadek hemoglobiny z 16,1 do 13.7) bezwzględnie powinna zostać podjęta próba w warunkach szpitalnych wyjaśnienia narastania parametrów stanu zapalnego i podwyższonej temperatury u pacjenta. Jeśli stan miejscowy rany nie budził niepokoju neurochirurgów powinny odbyć się konsultacje specjalistów innych dziedzin (internista, specjalista chorób zakaźnych i.t.d.) oraz bezwzględnie powinny być powtórzone badania morfologii krwi i wykonane inne badania, które by pozwoliły postawić rozpoznanie ewidentnego stanu zapalnego.

Tak wysoka leukocytoza w drugiej dobie po zabiegu mogła już wskazywać na rozpoczęcie „kaskady zapalnej„. Decyzja o tym czy wypisać pacjenta do domu z leczeniem p/zapalnym czy go nadal hospitalizować powinna być podjęta w Oddziale Neurochirurgii.

U M. N. (2) doszło do zakażenia szpitalnego w związku z pobytem w Oddziale Neurochirurgii SP ZOZ w S. w dniach 14 do 18 czerwca 2009 r. Zakażenie gronkowcem złocistym było bezpośrednią przyczyną sepsy a następnie jego zgonu. Gronkowiec ze zbiornika okołokręgosłupowego (z zakażenia szpitalnego) z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością to ten sam, który został wyhodowany z krwi.

Pod większością instrukcji i procedur związanych z monitorowaniem zakażeń, sterylizacją, myciem rąk i szkoleniami nie zostały złożone przez pracowników pozwanego Szpitala wymagane podpisy. Prowadzenie przez Zespół (...) szkoleń personelu jest jednym z wymogów ustawowych, ich przeprowadzanie powinno być dokumentowane. W niniejszej sprawie brakuje podpisów personelu pozwanego Szpitala na listach obecności dotyczących szkoleń. Implanty były sterylizowane inaczej niż zaleca producent.

(opinia biegłego specjalisty chorób zakaźnych A. M., k. 811-826, pisemna opinia uzupełniająca, k. 978-980, ustna opinia uzupełniająca, protokół z dnia 29.01.2014r., 00:36:29, k. 973)

Podwyższony, przed zabiegiem nieznacznie poziom leukocytozy (11,5 tys./mm) przy braku cech stanu zapalnego, nie stanowił podstawy do bezwzględnej dyskwalifikacji pacjenta z zabiegu. Prawidłowo przed zabiegiem operacyjnym została podana M. N. (2) profilaktyka antybiotykowa okołoperacyjna tj. jednorazowa dawka Tarfazolin, który charakteryzuje się silnym działaniem przeciwgronkowcowym i pokrywa swym działaniem większość bakterii Gram-ujemnych. Zgodnie z rekomendacjami zabiegi w obrębie kręgosłupa wymagają profilaktyki antybiotykowej. W 2009r. nie było ujednoliconej konkretnymi wytycznymi profilaktyki antybiotykowej okołoperacyjnej. Obowiązująca w tym czasie dawka przy planowych operacjach kręgosłupa z wszczepieniem implantu wynosiła 1 g Cafazoliny (Trafazolín). Wytyczne, które zaleciły dawkę 2g Cefazoliny u pacjentów powyżej 80 kg pojawiły się w 2011r.

Każda operacja w trybie planowym, a więc nie przeprowadzana ze wskazań życiowych, powinna zostać przeprowadzona po wykluczeniu czynników mogących zwiększyć ryzyko powikłań leczenia operacyjnego, a w szczególności wykluczenia toczącego się stanu zapalnego. W przedmiotowym przypadku nie było przesłanek, aby na podstawie przeprowadzonych badań podejrzewać istnienie stanu zapalnego u M. N. (2) przed operacją. Podwyższony poziom leukocytozy często spotykany jest u pacjentów palących papierosy i z nadwagą.

Jednak podwyższony poziom leukocytozy u M. N. (2) po operacji winien skutkować tym, iż pozwany Szpital do czasu ustalenia co jest podstawą podwyższonego wskaźnika leukocytów powinien prowadzić badania kontrolne – diagnostykę – w celu ustalania ogniska stanu zapalnego. Istnieje umotywowana możliwość, że w przypadku pozostawienia M. N. (2) w pozwanym Szpitalu z powodu podwyższonej leukocytozy, infekcja szpitalna zostałaby zdiagnozowana szybciej i szybciej zostałaby udzielona pomoc medyczna. Pacjent z uwagi na podwyższoną leukocytozę

powinien pozostać hospitalizowany do czasu wyjaśnienia jej przyczyny. Powinno się powtórzyć badania – morfologię i markery stanu zapalnego i wówczas podjąć decyzję co do dalszego leczenia.

Z karty gorączkowej ogólnej pacjenta M. N. (2) wynika, iż w dniu 17 czerwca 2009 roku temperatura jego ciała wzrosła do 37,7 st. C, a następnie nieznacznie obniżyła się w dniu 18 czerwca 2009 roku (w dniu wypisu ze szpitala) do 37,4 st. C. Taki stan podgorączkowy nie jest sam w sobie powodem do przedłużania hospitalizacji. Stan podgorączkowy może być również reakcją na stres pooperacyjny, podawane leki, itp. jednak w tym przypadku z towarzyszącą bardzo wysoką leukocytozą powinien wzbudzić czujność diagnostyczną i skutkować wykonaniem badań kontrolnych, CRP, wtórnej morfologii.

Postępowanie medyczne Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. wobec M. N. (2), w zakresie przeprowadzonej operacji i ochrony przed zakażeniem miejsca operowanego było prawidłowe. Za nieprawidłowe należy uznać brak kontroli leukocytozy przed wypisem pacjenta z Oddziału Neurochirurgii. Wynik uzyskany bezpośrednio po zabiegu, gdzie miejsce operowane kwalifikowane jest jako czyste po prawidłowym podaniu antybiotykoterapii okołoperacyjnej, mimo braku cech odczynu w okolicy rany i gorączki, której nie należało się spodziewać u osoby otrzymującej opiaty w pompie, należało uznać za na tyle dalece niepokojący, iż na dzień lub w dniu wypisu należało wykonać badania kontrolne w tym kierunku, celem ustalenia przyczyny znacznego podwyższenia wartości leukocytozy (ponad dwukrotny do wartości w dniu przyjęcia), co z pojawieniem się przesuniętego w kierunku granulocytów obojętnochłonnych obrazu odsetkowego musiało budzić podejrzenie świeżego zakażenia niezależnie od jego lokalizacji.

Nie został ostatecznie wyjaśniony charakter zbiornika ujawnionego w badaniu CT z 27.06.2009r. na poziomie L3-L4, z którego treści po nakłuciu wyhodowano gronkowca złocistego, mimo badania pośmiertnego polegającego na otwarciu kanału kręgowego w tej okolicy oraz na poziomie miejsca operowanego. Brak zapisów na nośnikach CD obrazów kręgosłupa zarówno w okresie przed jak i po krytycznym zabiegu, mimo iż jak wynika z treści ujawnionej dokumentacji medycznej były wykonywane.

Odnosząc się do postępowania lekarza P. K., brak jest podstaw, aby stwierdzić, iż działał nieprawidłowo. W trakcie wizyt domowych rana pooperacyjna nie budziła wątpliwości, co do rozwoju stanu zapalnego. Lekarz słusznie zaproponował choremu przyjęcie do szpitala, na które pacjent dwukrotnie nie wyraził zgody. P. K. prawidłowo zastosował także antybiotykoterapię. M. N. (2) w dniach udzielania mu świadczeń zdrowotnych nie znajdował się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ani w stanie o którym mowa w 1 treści art. 33 ustawy o zawodzie lekarza i dentystry z 1996 roku. Pacjent może odmówić zgody na hospitalizację, natomiast rolą lekarza jest poinformowanie chorego o zagrożeniach wynikających z tej decyzji zgodnie z treścią art. 31 powołanej ustawy. Wprawdzie zachodzi brak w dokumentacji medycznej odpowiedniego zapisu, że miało miejsce poinformowanie pacjenta, iż w przypadku pogorszenia stanu zdrowia lub braku poprawy stanu zdrowia chory winien natychmiast zgłosić się do szpitala, taki obowiązek nie wynika z przepisów prawa. Przy objawach choroby pod postacią: gorączki do 39 stopni C, kaszlu i niewielkiego bólu gardła oraz osłabieniu szmeru płucznego po stronie lewej w badaniu osłuchowym klatki piersiowej u pacjenta po przebytej kilka dni wcześniej operacji ortopedycznej z wszczepieniem implantu, najlepszym postępowaniem byłaby u hospitalizacja. Przepisanie antybiotyku Sumamed przy takich objawach było w przypadku odmowy pacjenta na hospitalizację jedyną możliwą, alternatywną metodą postępowania. Nie zachodziła także potrzeba sporządzenia przez pozwanego lekarza pisemnego skierowania do szpitala. M. N. (2) nie potrzebował skierowania, zostałyby przyjęty do szpitala bez niego.

W okresie, w którym M. N. (2) udzielano świadczeń w pozwanym Szpitalu, system nadzoru nad zakażeniami w Polsce oraz wymogi nakładane na podmioty świadczące usługi medyczne w zakresie systemu zapobiegania zakażeniom regulowała ustawa z dnia 05 grudnia 2008 r. „o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi” wraz z systematycznie ukazującymi się do niej aktami wykonawczymi. Zważywszy na przewidziane tą ustawą wymogi pozwany Szpital nie dopuścił się uchybień w zakresie spełniania wymogów nakładanych na podmioty świadczące usługi medyczne w zakresie systemu zapobiegania zakażeniom, a w tym wypadku zakażeniom miejsca operowanego i odcewnikowym.

(opinia instytutu (...)) - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, k. 1126-1133, pisemna opinia uzupełniająca, k. 1233-1245)

W pozwanym Szpitalu odnośnie profilaktyki zakażeń szpitalnych działa Zespół do Zwalczenia Zakażeń Zakładowych, przeprowadzane były także liczne szkolenia. Oddział chirurgiczny ma osobną salę operacyjną na bloku operacyjnym. W Szpitalu były przeprowadzane kontrole, także przez pracowników (...) w S.. Przeprowadzono badania i wymazy. Wprowadzone są liczne procedury mające zapobiegać zakażeniom.

(zeznania M. P. (1), k. 561v., zeznania M. T. (1), k. 561v.-562, zeznania K. P., k. 562, zeznania M. Z., k. 562v.-563, zeznania M. P. (2), k. 563, zeznania M. I., k. 563v., zeznania M. M. (1), k. 564, zeznania B. Z., k. 564v., zeznania M. P. (3), k. 564v., zeznania M. W., k. 565, zeznania M. M. (2), k. 565v., zeznania M. T. (2), k. 565v.-566, zeznania H. P., k. 567, zeznania J. D. (2), k. 566, zeznania A. A., k. 567, procedury, kontrole, informacje o wynikach badań, k. 270 – 338, zeznania M. K. (1), k. 405-406, zeznania A. P., k. 405v.-406, zeznania R. A., k. 406, zeznania L. M., k. 406v., zeznania J. M. (2), k. 407)

Implanty od producenta przybyły niewysterylizowane, sterylizacja odbywała się w pozwanym Szpitalu.

(zeznania J. Ś., protokół z dnia 12.06.2013r., 00:20:09, k. 783, zeznania E. J., protokół z dnia 12.06.20013r., 00:25:59, k. 783v., zeznania M. P. (4), protokół z dnia 12.06.2103r., 00:37:54, k. 784, zeznania M. M. (1), protokół z dnia 12.06.2013r., 00:40:26, k. 784)

Sterylizacja implantów przeprowadzona była zgodnie z zaleceniami producenta, który w ulotce dopuszczał możliwość sterylizacji implantu przy użyciu innego, alternatywnego cyklu.

(opinia Uniwersytetu (...)) - Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, k. 1126-1133, pisemna opinia uzupełniająca, k. 1233-1245)

M. N. (2) był mężem powódki M. G., synem powodów J. N. i B. N. oraz młodszym bratem G. N. (1).

M. N. (2) z zawodu był mechanikiem samochodowym. W 2004 r. wyjechał do Anglii. Przed wyjazdem pracował w serwisie (...). W 2008 r. założył ze współnikiem firmę. Zajmowali się wykonywaniem konstrukcji z płyt, sufitów podwieszanych. Firma zatrudniała do 20 osób, przy czym na stałe od 10-20 osób. Prowadzili też m. in. prace na lotnisku H.. Przed 2007r. M. N. (2) zarabiał około 1.500 funtów miesięcznie. Potem około 2.000- 2.500 funtów miesięcznie. Przekazywał żonie w 2009 r. około 400 – 500 funtów miesięcznie.

Byli małżeństwem od 2001r., w 2005r. nabyli mieszkanie. Powódka M. G. wzięła kredyt na jego zakup. Byli zgodnym małżeństwem, nie kłócili się. Wyjeżdżali razem na wakacje za granicę. Byli na Majorce, w Turcji, w Egipcie, w USA. M. N. (2) pokrywał koszty tych wyjazdów. Wyjeżdżali raz w roku na dwa tygodnie, czasem dwa razy w roku, także na narty.

M. N. (2) przysyłał żonie kwiaty, przede wszystkim na rocznicę ślubu i z okazji Walentynek. W 2008 r. i 2009 r. małżonkowie widywali się co miesiąc, czasem dwa razy w miesiącu. Powódka także przyjeżdżała do męża do Anglii. Małżonkowie mieli oszczędności, jednak zostały one wykorzystane, kiedy M. N. (2) zaczął chorować. Planowali, że po operacji powódka zrezygnuje z pracy i zamieszka z mężem w Anglii.

M. G. bardzo kochała męża. Po jego śmierci schudła 10 kg, zaczęła mieć problemy z żołądkiem, nie mogła spać. Przez ponad rok nosiła żałobę. Nadal wspomina męża. Odwiedza jego grób. Nie może pogodzić się z jego śmiercią. Gdy mąż zmarł wspierali ją rodzice, przyjaciółka i brat.

Powódka była zatrudniona w Urzędzie Kontroli Skarbowej w Ł. na stanowisku zastępcy kierownika referatu z wynagrodzeniem 2.200 zł netto. Po śmierci męża była na długim zwolnieniu lekarskim. Do pracy wróciła we wrześniu 2009 r. Miała trudności z wykonywaniem pracy. Była pod opieką lekarza rodzinnego, który przepisywał jej leki uspokajające. Pozostawała pod opieką gastrologa.

Powódka po śmierci męża zajmowała się formalnościami związanymi z firmą, którą prowadził jej mąż. Pomagał jej J. G., przyjaciel M., za którego w dniu 10 września w 2011r. wyszła za mąż. Od 2011 r. powódka przebywa w Anglii, na początku pracowała w kawiarni, obecnie podjęła pracę w agencji pracy tymczasowej. Zarabia 18.000 funtów rocznie, wcześniej zarabiała 14.000-15000 funtów rocznie. Obecny mąż powódki jest programistą komputerowym, zarabia ok 50.000 funtów rocznie brutto. Wynajmują w Anglii mieszkanie, za które płacą 1.300 funtów miesięcznie.

(zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r., 00:18:01-01:04:52, k. 1015v.-1017, k., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:09:23, k. 1330v., zeznania powódki J. N., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:05:43, k. 1017, zeznania J. G., protokół z dnia 29.01.2014r., 00:06:03, k. 972v., świadectwo pracy, k. 994, wykaz zwolnień, k. 995, umowa sprzedaży, k. 1000-1003, akt małżeństwa, k. 971, świadectwo pracy M. N. (2), k. 136-137, zeznania A. R., k. 513, zeznania M. R., k. 513-513v., zeznania M. K. (2) , k. 513v., zeznania K. J., k. 514)

M. N. (2) był uczuciowo związany z rodzicami. Podczas jego pobytu w Anglii, utrzymywał z nimi kontakt telefoniczny. Gdy przyjeżdżał do Polski odwiedzał ich. Przyjeżdżał do rodziców w każdą Wigilię i Wielkanoc. Dzwonił z życzeniami z okazji imienin i na urodziny. J. N. bardzo przeżyła jego śmierć, nadal odczuwa brak syna. Jest rozchwiana emocjonalnie. Codziennie płacze, co drugi dzień razem z mężem chodzi na cmentarz. Dbą o jego grób, kupuje kwiaty. Po śmierci syna małżonkowie także w każde święta chodzą na cmentarz.

(zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r, 01:00:14, k. 1016v., zeznania powódki J. N., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:05:43, k. 1017, protokół z dnia 02.03.2016r., 00:26:31, k. 1331)

Także ojciec M. N. (2) bardzo przeżył śmierć syna. Ostatni raz widział się z nim w Szpitalu. Nie spodziewał się jego śmierci. Była dla niego zaskoczeniem. Był z synem bardzo uczuciowo związany. Uczył go zawodu. Jest mu bardzo ciężko z powodu straty dziecka. Powód ma chorobę niedokrwienną serca oraz guz na cewce moczowej.

(zeznania powódki J. N., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:05:43, k. 1017, zeznania powoda B. N., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:16:00, k. 1017, protokół z dnia 02.03.2016r., 00:30:19, k. 1331v., zeznania powoda G. N. (1), protokół z dnia 26.02.2014r., 01:22:41, k. 1017v.)

Pomiędzy M. N. (2) a powodem G. N. (1) panowały bardzo dobre relacje. Zmarły był młodszy od brata o 4 lata. Bracia pomagali sobie, wspierali się, wykonywali podobny zawód. Zanim M. N. (2) wyjechał do Anglii, pracowali razem w Polsce. G. N. (1) dołączył do brata, kiedy ten wyjechał do Anglii. Przez 7 lat mieszkali razem w L.. Pracowali w jednej firmie, później G. N. (2) został zatrudniony w firmie brata. Pracowali razem po 9 godzin dziennie, po pracy spędzali wspólnie wolny czas.

G. N. (1) był zszokowany śmiercią brata, nie spodziewał się, że taki może być skutek operacji, której się poddał M. N. (2). Nadal bardzo odczuwa jego brak.

Powód od 11 lat przebywa w Anglii, pracuje tam jako kierowca. Ma troje dzieci. Dwoje z nich jest już dorosłych i mieszka w Polsce, odwiedzają dziadków – J. N. i B. N..

(zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r., 00:46:00, k. 1016v., zeznania powódki J. N., protokół z dnia 26.02.2014r., 01:05:43, k. 1017, zeznania powoda G. N. (1), protokół z dnia 26.02.2014r., 01:22:41, k. 1017v., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:33:15, k. 1331v., zeznania M. K. (2), k. 513v., zeznania K. J., k. 514)

M. N. (2) został pochowany na cmentarzu w Z.. Jego żona zajmowała się pogrzebem razem z rodzicami zmarłego. Wspólnie ponosili koszty pogrzebu, ale faktury były wystawiane na nazwisko M. G.. Przekazała ona rodzicom zmarłego pieniądze, które otrzymała z ubezpieczenia. W trakcie uroczystości pogrzebowej M. N. (2) była oprawa muzyczna w kaplicy, został wynajęty dom pogrzebowy. Postawiono nagrobek z granitu.

(zeznania powoda G. N. (1), protokół z dnia 26.02.2014r., 01:22:41, k. 1017v., zeznania powódki M. G., protokół z dnia 26.02.2014r., 00:18:01-01:04:52, k. 1015v. - 1017, protokół z dnia 02.03.2016r., 00:22:22, k. 1331, zeznania powódki J. N., protokół z dnia 02.03.2016r., 00:26:31, k. 1331)

Na koszty pochówku zmarłego M. N. (2) złożyły się: opłata za kaplicę – 160,50 zł, oprawa muzyczna - 128,40 zł , opłata za zezwolenie na ustawienie nagrobka – 225 zł, za wjazd na cmentarz - 80 zł, opłata za usługi firmy(...)- 3.551,40 zł.

M. N. (1) poniosła także opłatę za plac oraz nagrobek.

(faktury, k. 24, 26, 27)

Pismem z dnia 25 czerwca 2010 r. M. N. (1) zgłosiła szkodę i wezwała SPZOZ im. (...) w S. do zapłaty kwoty 250.000 zł tytułem jednorazowego odszkodowania w związku pogorszeniem sytuacji życiowej po śmierci męża M. N. (2), kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 10.848,90 zł – tytułem zwrotu kosztów pogrzebu, w terminie 7 dni od dnia otrzymania pisma.

Pismem z dnia 12 lipca 2010 r. pozwany Szpital udzielił odpowiedzi odmownej.

(wezwanie, k. 107-109, odpowiedź, k. 116-117)

Następnie pismem z dnia 30 marca 2011r. J. N., B. N. i G. N. (1) wezwali pozwany Szpital do zapłaty na rzecz każdego z nich tytułem zadośćuczynienia kwoty po 250.000 zł.

(wezwanie, k. 118-121)

Pismem z dnia 1 kwietnia 2011r. strona powodowa wezwała pozwanego P. K. do zapłaty na rzecz M. N. (1) kwoty 250.000 zł tytułem jednorazowego odszkodowania w związku pogorszeniem sytuacji życiowej po śmierci męża M. N. (2), kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 24.405,30 zł – tytułem zwrotu kosztów pogrzebu. A ponadto na rzecz J. N., B. N. i G. N. (1) kwoty po 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

(wezwanie, k. 123-127)

Powyższy stan faktyczny ustalono na podstawie powołanych dowodów, w szczególności w oparciu o opinie biegłych sądowych, dokumentację medyczną oraz zeznania powodów i świadków.

Nie ulega wątpliwości, że dowód z opinii biegłych podlega ocenie przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. - na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów, zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 4/2001, poz. 64).

Za w pełni przydatne źródło dowodowe należał uznać opinię Uniwersytetu (...)– Zakładu (...). W skład zespołu wchodził biegły z zakresu: ortopedii i neurochirurgii, chorób zakaźnych oraz medycyny sądowej. Opinia ta została przyjęta przez Sąd jako rzetelna i fachowa. Została sporządzona po zapoznaniu się z całą dokumentacją medyczną oraz zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną. Wszystkie wątpliwości zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w opiniach uzupełniających. Biegły szczegółowo ustosunkował się do wszystkich podnoszonych przez strony zarzutów i stawianych pytań.

Złożone w niniejszej sprawie opinie biegłych sądowych z zakresu neurochirurgii K. S., neuropsychologii L. S., a także chorób zakaźnych A. B. oraz A. M. odznaczają się pełną przydatnością dowodową. Sporządzone zostały w sposób prawidłowy i rzetelny. Biegły w sposób nie budzący wątpliwości przedstawili tok swego rozumowania w dochodzeniu do wniosków końcowych. Wszystkie wątpliwości stron zgłaszane do opinii biegłych zostały w sposób wyczerpujący wyjaśnione w opiniach uzupełniających.

Odnosnie spełnienia przez pozwanego Szpitala wymogów nakładanych na podmioty świadczące usługi medyczne w zakresie systemu zapobiegania zakażeniom, a tym wypadku zakażeniom miejsca operowanego i odcewnikowym, Sąd oparł się na opinii wskazanego powyżej instytutu, bowiem została ona wydana po uzupełnieniu w tym zakresie dokumentacji. Niniejsza opinia jest bardziej miarodajna, bowiem biegli z zakresu chorób zakaźnych A. B. oraz A. M. wydając w tym zakresie opinię, nie dysponowali jeszcze uzupełnioną dokumentacją.

Sąd nie przyznał waloru wiarygodności zeznaniom powódki M. G., w zakresie w jakim twierdziła, iż pozwany lekarz P. K. w trakcie wizyt domowych u chorego w dniach 22 i 23 czerwca 2009r. nie zaproponował przyjęcia go do szpitala. Twierdzenia te pozostają w sprzeczności z zeznaniami pozwanego lekarza, którzy od początku wskazywał, że dwukrotnie zaproponował M. N. (2) przyjęcie do szpitala, zaś ten odmówił. Świadkiem rozmowy telefonicznej, w trakcie której lekarz informował żonę M. N. (2) o takiej konieczności, była J. M. (1). Sąd nie uznał za wiarygodne także w tym zakresie zeznań świadka A. R., nie była obecna przy wizycie pozwanego lekarza, a wiedzę na tą okoliczność świadek posiada od córki.

Sąd nie oparł się na zeznaniach świadka S. G., jako nieprzydatnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Świadek nie pamiętała M. N. (2), przyznała jedynie, że uczestniczyła przy wykonywaniu znieczulenia.

Sąd pominął dokumenty złożone przez stronę pozwaną w postaci publikacji prasowych i internetowych dotyczących zakażeń szpitalnych i profilaktyki antybiotykowej oraz wydruku ze strony Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Ortopedii, jako nieprzydatnych do rozstrzygnięcia sprawy. Odnosnie problematyki zakażeń szpitalnych i profilaktyki antybiotykowej Sąd oparł się na dowodach z opinii biegłych sądowych. Ponadto podkreślić należy, iż przeprowadzony u M. N. (2) zabieg był zabiegiem neurochirurgicznym, nie zaś ortopedycznym.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Podstawę odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi art. 430 k.c., zgodnie z którym, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Powołany przepis statuuje odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego na zasadzie ryzyka za szkody wyrządzone osobie trzeciej przez podwładnego z jego winy, a więc przyjęcie odpowiedzialności publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. wymaga uprzedniego stwierdzenia, iż pracownik zakładu wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych (art. 415 k.c.).

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii, czy też innego personelu medycznego. Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (tak Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714). Lekarz, mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie czynności diagnozy i terapii, wyboru sposobów leczenia pacjenta, pozostaje podwładnym zakładu leczniczego. Podlega on (podobnie jak pozostały personel medyczny) ogólnie – organizacyjnemu zwierzchnictwu szpitala i zobowiązany jest stosować się do ustalonych przez zakład reguł dotyczących, w szczególności miejsca i czasu wykonywania pracy. Tzw. „wewnętrzna” niezależność lekarza w dziedzinie diagnozy i terapii nie ma znaczenia. Jest on podmiotem podlegającym kierownictwu

organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek, w zakresie np. godzin dyżurów.

Pojęcie „szkody” rozumiane jest natomiast jako uszczerbek, jakiego doznaje poszkodowany we wszelkiego rodzaju dobrach przez prawo chronionych (życie, zdrowie, wolność, cześć, majątek). Szkada może mieć charakter majątkowy (uszczerbek materialny na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda, czyli cierpienia fizyczne i krzywda moralna). Szkada może być wynikiem wadliwego leczenia lub leczenia nawet zgodnego z zasadami sztuki lekarskiej, lecz przeprowadzonego bez zgody pacjenta albo z przekroczeniem zakresu zgody. Jeśli chodzi o szkodę niemajątkową, czyli doznałą krzywdę, to mogą to być cierpienia fizyczne i moralne powstałe na skutek wadliwego zabiegu lub nawet zabiegu prawidłowego, lecz na który pacjent nie zgodził się (M. Nestorowicz, Prawo medyczne, Toruń 2007, s. 44).

Spowodowanie szkody na osobie w warunkach błędu w sztuce medycznej jest specyficzną postacią deliktu prawa cywilnego, którego powstanie wymaga zaistnienia przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, czyli szkody, winy i adekwatnego związku przyczynowego.

Błąd w sztuce medycznej jest jedynie obiektywnym elementem winy lekarza wykonującego czynności medyczne, stanowi bowiem czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodną z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Subiektywnym natomiast elementem koniecznym dla przypisania winy lekarzowi jest jego umyślność lub niedbalstwo (M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, Warszawa 2004, s. 29 i n.; orzeczenie SN z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1/1957, poz. 7 oraz Lex nr 118379). Stwierdzenie błędu w sztuce medycznej, w kontekście odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, w którym miał miejsce zabieg, jest natomiast całkowicie niezależne od osoby konkretnego lekarza oraz od okoliczności podjęcia czynności medycznej. Istotne jest, bowiem to, iż czynność tę wykonał pracownik zakładu w ramach jego działalności. Od błędu jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy szkody, odróżnić należy natomiast powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową, reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych.

Pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania) (wyrok SN z dnia 24 października 2013 IV CSK 64/13, LEX nr 1413156).

Orzecznictwo wskazuje, że do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, iż osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego. Wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (wyrok SN z dnia 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, LEX nr 7695).

Przesłanką odpowiedzialności zwierzchnika jest wina podwładnego, a normalnym jej następstwem – szkoda wyrządzona osobie trzeciej. Ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 6 listopada 2014 r., I ACa 621/14 (LEX nr 1623923), normy reżimu deliktowego mają chronić poszkodowanego i rolą sądu jest taka interpretacja przepisów, aby ta ochrona była najpełniejsza. Przyjmuje się, że w przypadku zakażeń szpitalnych niedbalstwo szpitala można przyjąć w drodze domniemania faktycznego. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, wyrażonym w wyroku z dnia 27 lutego 1998 r., II KKN 625/97 (PiM 1999/3/130), Sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możliwości wyznacza zarazem "linię obrony" strony przeciwnej, zagrożonej koniecznością ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Obrona ta polega mianowicie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede

wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość.

Przytoczyć tutaj należy także pogląd Sądu Apelacyjnego w Łodzi wyrażony w wyroku z dnia 10 czerwca 2014 r., I ACa 1570/13 (LEX nr 1477198), zgodnie z którym związek przyczynowy między zaniechaniem ze strony placówki medycznej a szkodą w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta czy obniżenia rokowań na jego poprawę, nie musi być ustalony w sposób pewny, wystarczy jedynie wysoki stopień prawdopodobieństwa istnienia takiego związku. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną (art. 355 k.c.). Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba zakaźna pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, iż szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Jedną z podstawowych reguł należytej staranności przy wykonywaniu zabiegów medycznych, w szczególności zabiegów połączonych z możliwością naruszenia naczyń krwionośnych pacjenta, jest podjęcie wszelkich możliwych działań zmierzających do zapewnienia optymalnego stanu sanitarnego. Miernikiem właściwego zachowania odpowiedzialnego jest kryterium należytej staranności (art. 355 k.c.). W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim takie wykonywanie zabiegów medycznych, które eliminuje możliwość zakażenia innymi chorobami. Jeżeli w wyniku zabiegu szpitalnego dochodzi do zakażenia pacjenta, to świadczy to, że tego rodzaju działania nie zostały podjęte lub nie towarzyszyła im należyta staranność ze strony członków personelu medycznego (...). Co do zasady fakt zakażenia świadczy o nie przestrzeganiu przez pozwaną placówkę medyczną podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniom, do czego zobowiązana jest przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.). Takie zaś działanie pozwanego Szpitala należy uznać za bezprawne i zawinione (uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 10 czerwca 2014 r., I ACa 1570/13, LEX nr 1477198).

W niniejszej sprawie strona powodowa wskazała, że dochodzone roszczenia wiążą się z zakażeniem M. N. (2) bakterią gronkowca podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu, a następnie jego śmiercią. Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 947). Zgodnie z tym przepisem, na kierownikach podmiotów leczniczych oraz innych osobach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Niezależnie jednak od cytowanej normy, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków w trakcie hospitalizacji bądź korzystania z usług medycznych wynika również z podstawowych zasad etycznych. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną czy bakterią. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (por. wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IVCR 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

Jak wynika ze zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego ze strony pozwanego Szpitala doszło do zaniedbania polegającego na podjęciu się operacji mimo zwiększonej leukocytozy. Pozwany Szpital dopuścił się

jednak jeszcze większego zaniedbania, o zasadniczym znaczeniu, a mianowicie polegającego na wypisaniu M. N. (2), mimo parametrów wskazujących na istnienie stanu zapalnego bez dokonania głębszej diagnozy i wykonania koniecznych badań. Na tę nieprawidłowość zwracają uwagę wszystkie opinie wydane w sprawie. Dodatkowo pozwany Szpital dopuścił się zaniedbań organizacyjnych w zakresie szkolenia przecipidemiologicznego, choć pojedyncze to i tak zwiększyły już i tak wysokie w szpitalu, z racji prowadzonej w nim działalności, ryzyko zakażenia powoda. Powyższe okoliczności w połączeniu z brakami w dokumentacji np. w postaci braku zapisu CD z badania przed operację, błędne nazwanie zabiegu, nieczytelnie i nie dość precyzyjnie prowadzona dokumentacja medyczna – dają podstawy do przyjęcia z dużą dozą prawdopodobieństwa, graniczącego z pewnością, iż do zakażenia zmarłego doszło w pozwanej placówce. Zakażenie to niezdiagnozowane i przeoczone w dniu wypisu, pogłębiło się i było przyczyną zgonu chorego. Strona pozwana nie wykazała, by istniało wyższe prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w wyniku innych przyczyn. Brak jest bowiem jakikolwiek dowodów na to, że istniały inne współprzyczyny zgonu pacjenta. W szczególności brak wiedzy na temat zbiornika płynu poniżej miejsca operowanego, brak symptomów wcześniejszej choroby, brak wcześniejszych zabiegów w okolicy miejsca operowanego, przemawia za tym, że do zakażenia doszło w pozwanej placówce. W ślad za opinią Instytutu – (...) należy podkreślić, iż istnieje umotywowane przeświadczenie, że gdyby pozostawiono pacjenta w szpitalu i przeprowadzono diagnostykę w kierunku zapalenia, udałoby się zdiagnozować infekcję.

Działanie lekarzy pozwanego Szpitala było zawinione, ponieważ zaniechano pomimo stwierdzonego u M. N. (2) po operacji podwyższonego poziomu leukocytozy oraz stanu podgorączkowego badań kontrolnych w celu ustalenia ogniska stanu zapalnego. Do czasu ustalenia przyczyny podwyższonego wskaźnika leukocytów (zgodnie z opinią Instytutu), pozwany Szpital powinien przeprowadzić diagnostykę, wykonać badania kontrolne, CRP i morfologię. W tej sytuacji zasadny jest zarzut niedopełnienia należytej staranności. W procesie leczenia należyta staranność to przede wszystkim nakaz takiego wykonywania czynności, które eliminują możliwość negatywnych następstw spowodowanych leczeniem. Między błędem personelu pozwanej placówki a szkodą w postaci zgonu M. N. (2) istnieje adekwatny związek przyczynowy.

Mając powyższe na względzie należało uznać, że spełnione zostały przesłanki odpowiedzialności strony pozwanej – Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W., a tym samym istnieją podstawy do uwzględnienia powództwa wytoczonego przeciwko placówce służby zdrowia.

Należało odnieść się także do kwestii udzielenia przez M. N. (2) zgody na zabieg oraz otrzymania przez niego informacji o potencjalnych powikłaniach.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie nasuwa wątpliwości, że wyraził on zgodę na zaproponowany mu zabieg stabilizacji transpedikularnej L5/S1. Z zeznań świadków oraz dokumentacji medycznej, w tym podpisanej przez M. N. (2) zgody na zabieg operacyjny wynika, że został on poinformowany zarówno o zabiegu, jak i potencjalnych zagrożeniach z nim związanych i grożących mu powikłaniach. W oparciu o opinię biegłego sądowego neuropsychologa stwierdzić należy, iż zgodę wyraził swobodnie i świadomie. Zwłaszcza, że jak wskazywał biegły, decyzję o poddaniu się zabiegowi M. N. (2) podjął znacznie wcześniej, niż w dniu podpisywania zgody. Podkreślić tutaj należy, iż każda zgoda zawiera element blankietowości, ponieważ istnieje zbyt wiele możliwych powikłań, aby można było umieszczać je w formularzu zgody pacjenta, przy czym bez wątplenia otrzymane przez zmarłego w niniejszej sprawie pouczenie o możliwych powikłaniach i zagrożeniach było wyjątkowo rozbudowane i precyzyjne. Odnośnie zarzutu braku poinstruowania pacjenta, iż w przypadku pogorszenia stanu zdrowia lub braku poprawy stanu zdrowia chory winien natychmiast zgłosić się do szpitala, zauważyć należy, iż takie pouczenie nie jest wymagane normami powszechnie obowiązującego prawa. Jednak w niniejszej sprawie nie może ująć uwagę, iż przeprowadzający zabieg P. K. poinformował pacjenta, by skontaktował się z nim w razie wystąpienia niepokojących objawów, co też uczyniła żona M. N. (2).

Strona powodowa zarzucała także pozwanemu P. K. zawiniony błąd w sztuce lekarskiej polegający na postawieniu, w trakcie wizyt domowych u chorego, już po opuszczeniu przez niego pozwanego Szpitala, niewłaściwej diagnozy i wdrożeniu nieprawidłowego leczenia pacjenta, czym przyczynił się on do śmierci M. N. (2).

Podstawę prawną odpowiedzialności lekarza stanowi przepis art. 415 k.c., na stronie powodowej spoczywał obowiązek wykazania, że ziszcili się wynikające z tego przepisu przesłanki odpowiedzialności pozwanego lekarza tj. 1) wystąpiło określone uchybienie ze strony lekarza, wynikające z działania lub zaniechania, 2) w następstwie wskazanego uchybienia nastąpiła szkoda, 3) pomiędzy szkodą a działaniem lub zaniechaniem lekarza wystąpił związek przyczynowy, a ponadto 4) lekarzowi można przypisać winę, chociażby w postaci niedołożenia należytej staranności.

Art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2015.464 j.t) stanowi, iż lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Dokonując analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, należało dojść do przekonania, iż w niniejszej sprawie nie ma podstaw do uznania, że w trakcie diagnozowania i leczenia M. N. (2) przez P. K., po opuszczeniu przez chorego pozwanego Szpitala, wystąpiły nieprawidłowości mieszczące się w pojęciu błędu diagnostycznego czy też błędu terapeutycznego (wykonawczego).

Po otrzymaniu informacji o występujących u M. N. (2) objawach, w tym o stanie podgorączkowym, pozwany lekarz odwiedził pacjenta w domu, pozostawał także w stałym kontakcie telefonicznym z jego żoną. W trakcie wizyt domowych zbadał chorego, rana pooperacyjna nie wskazywała na rozwój stanu zapalnego. Właściwie, w zaistniałej sytuacji, zaproponował choremu przyjęcie do szpitala, na które pacjent dwukrotnie nie wyraził zgody.

Podkreślić należy, iż w nietypowych stanach infekcyjnych rozpoznanie i dalsze postępowanie jest trudne, zaś w zaistniałej sytuacji, przy występujących objawach i wobec napotkanej odmowy udania się do szpitala, P. K. prawidłowo zastosował antybiotykoterapię. Lekarz nie mógł odmówić podjęcia leczenia. Jedyłą możliwością rozpoznania i opanowania zakażenia gronkowcowego było niezwłoczne umieszczenie chorego w szpitalu, czemu pacjent się sprzeciwił.

Wobec powyższego (w ślad za opiniami biegłych sądowych z zakresu chorób zakaźnych oraz opinią Instytutu) brak jest podstaw, aby stwierdzić, iż działanie pozwanego lekarza było nieprawidłowe. Powództwo wobec pozwanego P. K., podlegało oddaleniu.

Zgodnie z art. 446 § 4 k.c. Sąd może przyznać najbliższemu członkowi rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Regulacja zawarta w art. 446 § 4 k.c. służy kompensacie krzywdy po stracie osoby najbliższej, a zatem uszczerbku dotyczącego subiektywnej sfery osobowości człowieka. Określając wysokość zadośćuczynienia, należy wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej przez poszkodowanego krzywdy. W razie śmierci osoby bliskiej na rozmiar krzywdy mają przede wszystkim wpływ: dramatyzm doznań osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią osoby najbliższej, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem tego odejścia (np. nerwicy, depresji), roli w rodzinie pełnionej przez osobę zmarłą, stopień w jakim pokrzywdzony będzie umiał się znaleźć w nowej rzeczywistości i zdolności jej zaakceptowania, leczenie doznanej traumy, wiek pokrzywdzonego (wyroku SA w Lublinie z dnia 18 października 2012 r., I ACa 458/12, LEX nr 1237237).

Powódka M. G. domagała się zasądzenia na jej rzecz kwoty 200.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną w związku ze śmiercią męża krzywdę.

Bezspornie trudno jest ocenić i wyrazić w formie pieniężnej cierpienia doznane w wyniku śmierci osoby bliskiej. Jednak nie ulega wątpliwości, że krzywda po stracie życiowego partnera, biorąc pod uwagę rodzaj i siłę wzajemnych więzi, jest jedną z najbardziej dotkliwych. Jak wynika z przeprowadzonego w niniejszej sprawie postępowania dowodowego śmierć męża wywołała u powódki silne reakcje emocjonalne. M. G. bardzo kochała męża. Nie mogła pogodzić się z jego śmiercią. Przeżywała na długotrwałym zwolnieniu lekarskim, zmuszona była zażywać leki

uspokajacie. Przez ponad rok nosiła żalobę. Po śmierci męża bardzo schudła, mieć problemy ze zdrowiem, nie mogła spać. Nadal bardzo odczuwa utratę małżonka. Odczucie bólu było tym większe, że M. N. (2) był osobą w sile wieku, poza problemami z kręgosłupem nie chorował, zaś jego śmierć była nagła i niespodziewana. Relacje między małżonkami były bardzo dobre, snuli dalsze plany na przyszłość. W wyniku przedwczesnej śmierci M. N. (2) powódka doznała ogromnej straty. Mogła liczyć na jego wsparcie i pomoc. Mąż stanowił dla niej podporę. Dbał także o bezpieczeństwo finansowe rodziny.

Nie można jednak tracić z pola widzenia faktu, iż powódka założyła w 2011r. nową rodzinę. Jest aktywna zawodowo, nadal się rozwija.

Kierując się przedstawionymi wyżej względami, Sąd uznał, że doznana przez powódkę krzywdę rekompensuje kwota w wysokości 100.000 zł. W ocenie Sądu, mimo iż cierpienia i odczuwanie bólu są w znacznej mierze sprawą subiektywną, mając na uwadze powyższe okoliczności, domaganie się przez powódkę zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł jest żądaniem jednak wygórowanym, dlatego w pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu.

Powodowie J. N. i B. N. za śmierć ich syna, zaś G. N. (1) za śmierć brata, domagali się zasądzenia tytułem zadośćuczynienia kwoty po 100.000 zł.

Utrata dziecka niewątpliwie jest dla rodziców źródłem ogromnego bólu. Mimo, iż M. N. (2) od kilku lat przebywał za granicą, łączące go więzi z rodzicami były bardzo silne. Bez wątplenia mogli liczyć na jego wsparcie w trudnych chwilach. Odwiedzał ich za każdym razem, kiedy był w Polsce, utrzymywał stały kontakt telefoniczny. Pamiętał o uroczystościach rodzinnych, spędzali razem wszystkie Święta.

J. N. i B. N. bardzo przeżyli jego śmierć, nadal odczuwają brak syna. Co drugi dzień odwiedzają jego grób na cmentarzu. Powódka codziennie płacze. Także ojciec zmarłego był z synem bardzo emocjonalnie związany. Oczywistym jest, że powodowie, jako rodzice, stratę dziecka, mimo, że już dorosłego, będą odczuwać do końca życia.

Jednakże należało mieć na uwadze także okoliczność, iż M. N. (2), chociaż był uczuciowo bardzo związany z rodzicami, to jednak miał własną rodzinę, przez większość czasu przebywał za granicą i chcąc zamieszkać w Anglii wraz z żoną, zapewne planował pozostać tam na znacznie dłuższy okres czasu.

Z powołanych wyżej względów Sąd uznał, iż odpowiednią kwotą zadośćuczynienia na rzecz powodów J. N. i B. N. stanowi kwota w wysokości po 80.000 zł. W pozostałym zakresie żądanie powodów, jako nieuzasadnione, podlegało oddaleniu.

Śmierć M. N. (2) niewątpliwie wywarła negatywny wpływ także na życie jego brata G. N. (1). Relacje między braćmi były bardzo dobre, nie tylko wspólnie spędzali wolny czas, ale także pracowali razem. G. N. (1) mógł liczyć na pomoc i wsparcie ze strony młodszego brata. Po wyjeździe M. N. (2) za granicę, powód do niego dołączył, przez 7 lat mieszkali razem w L.. Jego śmierć stanowiła dla powoda ogromną stratę. Był zszokowany tak nagłym i niespodziewanym odejściem brata.

Z drugiej strony G. N. (1) w chwili śmierci brata miał ponad 30 lat, własną rodzinę, prawie dorosłe już dzieci. W tych trudnych chwilach z pewnością mógł liczyć na ich wsparcie.

W tym stanie rzeczy, zasadnym było przyznanie G. N. (1) tytułem zadośćuczynienia za doznaną w związku ze śmiercią brata krzywdę kwoty 50.000 zł. W pozostałym zakresie powództwo jako nieuzasadnione, podlegało oddaleniu.

Powódka M. G. domagała się ponadto zasądzenia kwoty 250.000 zł z tytułu odszkodowania w związku ze znacznym pogorszeniem się po śmierci męża jej sytuacji życiowej. W myśl art. 446 § 3 k.c. Sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli skutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej.

Zakresem odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c. objęty jest uszczerbek określany mianem pogorszenia się sytuacji życiowej wskutek śmierci poszkodowanego, wywołanej uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia. W orzecznictwie wskazuje się, iż znaczne pogorszenie sytuacji życiowej, obejmuje niekorzystne zmiany bezpośrednio w sytuacji materialnej najbliższych członków rodziny zmarłego (niewyczerpujące hipotezy art. 446 § 2 k.c.), jak też zmiany w sferze dóbr niematerialnych, które rzutują na ich sytuację materialną. Sam ból, poczucie osamotnienia, krzywdy i zawiedzionych nadziei po śmierci dziecka nie stanowią podstawy do żądania odszkodowania. Jeśli jednak te negatywne emocje wywołały chorobę, osłabienie aktywności życiowej i motywacji do przewyższania trudności dnia codziennego, to, bez szczegółowego dociekania konkretnych zdarzeń lub stopnia ich prawdopodobieństwa, można na zasadzie domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.) przyjąć, że pogorszyły one dotychczasową sytuację życiową osoby z najbliższego kręgu rodziny zmarłego. Prawidłowa wykładnia określenia "stosowne odszkodowanie" w art. 446 § 3 k.c. powinna uwzględniać nie tylko okoliczności konkretnej sprawy, ale także wartość ekonomiczną odszkodowania. Musi ono wyrażać taką kwotę, która odczuwalna jest jako realne, adekwatne przysporzenie zarówno przez uprawnionego, jak i z obiektywnego punktu widzenia uwzględniającego ocenę większości rozsądnie myślących ludzi. Pogorszenie się sytuacji życiowej osoby najbliższej może polegać na utracie zdrowia (rozstroju psychicznym) doznanej w wyniku silnego wstrząsu psychicznego spowodowanego tragiczną śmiercią osoby bezpośrednio poszkodowanej (wyrok SN z dnia 30 czerwca 2004 r., IV CK 445/03, LEX nr 173555, wyrok SN z dnia 8 maja 1969 r., II CR 114/69, LEX nr 1037). Należy jednak podkreślić, iż przy ocenie wpływu wstrząsu psychicznego spowodowanego śmiercią osoby najbliższej na ogólną sytuację życiową pokrzywdzonego pod kątem widzenia przesłanki z art. 446 § 3 k.c. należy mieć na uwadze, że pogorszenie się sytuacji życiowej musi być obiektywnym i przyczynowo uzasadnionym wynikiem śmierci osoby najbliższej, a nie wynikać tylko z subiektywnych reakcji i ich życiowych konsekwencji (wyrok SN z dnia 4 listopada 1980 r., IV CR 412/80, LEX nr 8277). Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej może przejawiać się także w utracie wsparcia i pomocy w różnych sytuacjach życiowych (wyrok SN z dnia 13 maja 1969 r., II CR 128/69, LEX nr 4673).

Przesłanką zasądzenia odszkodowania jest wystąpienie znacznego pogorszenia sytuacji życiowej najbliższych członków rodziny zmarłego. Ocena czy żądanie jest uzasadnione wymaga ustalenia, jaka była sytuacja życiowa rodziny zmarłego przed wypadkiem oraz czy i o ile uległa ona pogorszeniu na skutek jego śmierci. Przy czym pogorszenia sytuacji życiowej, o którym mowa w art. 446 § 3 k.c. nie można sprowadzać do prostego zmniejszenia dochodów lub zwiększenia wydatków najbliższych członków rodziny zmarłego. Pojęcie to ma sens o wiele szerszy. Szkody majątkowe prowadzące do znacznego pogorszenia bieżącej lub przyszłej sytuacji życiowej osoby najbliższej zmarłemu są często nieuchwytnie lub trudne do obliczenia. Często wynikają z obniżenia aktywności życiowej i ujemnego wpływu śmierci osoby bliskiej na psychikę i stan somatyczny, co niekoniecznie przejawia się w konkretnej chorobie (wyrok SN z dnia 18 lutego 2004 r., V CK 269/03, LEX nr 238971).

W świetle zebranych przez Sąd dowodów nie budzi wątpliwości, że wskutek śmierci M. N. (2) sytuacja życiowa powódki M. G. uległa znacznemu pogorszeniu. Przy czym należy mieć tutaj na uwadze jedynie okres od śmierci M. N. (2) do wyjścia przez powódkę ponownie za mąż, tj. od lipca 2009 r. do września 2011r. Na skutek śmierci męża nastąpił nie tylko znaczny spadek stopy życiowej powódki, ale zmniejszeniu uległy także miesięczne dochody. M. N. (2) przekazywał żonie 400-500 funtów miesięcznie, pokrywał także koszty licznych wycieczek i wyjazdów. Małżonkowie wyjeżdżali razem na wakacje za granicę. Byli na Majorce, w Turcji, w Egipcie, w USA. Jeździli także na narty.

Wobec przedstawienia przez stronę powodową (na okoliczność znacznego pogorszenia się wskutek śmierci męża sytuacji życiowej M. G.) dokumentów nie dość, że w języku angielskim, to jeszcze w postaci nieczytelnych kserokopii, Sąd wziął pod uwagę, iż zgodnie z zeznaniami powódki, mąż przysyłał jej 400, 500 funtów miesięcznie. Zatem średnio otrzymywała 450 funtów. Uwzględniając średni kurs waluty na poziomie 5 zł (aktualnie wynosi on 5,47 zł, w 2009r. - 5,15 zł, zaś w 2010r. - 4,80 zł, co średnio daje 5 zł), 450 funtów miesięcznie daje kwotę 2.250 zł. Mając na uwadze okres czasu podlegający uwzględnieniu, tj. 26 miesięcy (6 miesięcy w 2009r., 12 miesięcy w 2010r. i 8 miesięcy w 2011r.) otrzymujemy 58.500 zł (26 miesięcy x 2.250zł).

Biorąc pod uwagę treść art. 322 k.p.c., w myśl którego jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, (...) sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę

według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy, zaś w okolicznościach niniejszej sprawy zasadnym było ustalenie odszkodowania z tytułu znacznego pogorszenia sytuacji życiowej po śmierci M. N. (2) w wysokości 58.500 zł. W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu.

Powódka M. G. domagała się ponadto zasądzenia zwrotu kosztów pogrzebu męża kwoty 24.405,30 zł.

Na podstawie art. 446 § 1 k.c., jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, osoby, które poniosły koszty (...) pogrzebu zmarłego, mogą żądać ich zwrotu od zobowiązanego do naprawienia szkody. Krąg uprawnionych jest ograniczony do osób, które faktycznie poniosły te koszty.

W orzecznictwie wskazuje się, że chociaż z treści art. 446 § 1 k.c. nie wynika w sposób jednoznaczny ograniczenie zakresu zwrotu kosztów pogrzebu, to jednak powszechnie przyjmuje się, że koszty te podlegają zwrotowi w ograniczonym zakresie. Granice obowiązku wyznaczają zwyczaje przyjęte w danym środowisku. Pojęcie "zwyczaje przyjęte w danym środowisku" należy rozumieć jako zwykle ponoszone wśród określonego kręgu podmiotów koszty związane z pochowaniem zmarłego. Ustalając zwyczaje panujące w danym środowisku należy kierować się kryteriami obiektywnymi, oczywiście odniesionymi do pewnego kręgu podmiotów. Nie można utożsamiać określenia "zwyczaje przyjęte w danym środowisku" z kosztami poniesionymi przez konkretną osobę w konkretnym przypadku. Obowiązek zwrotu kosztów pogrzebu obejmuje swym zakresem wydatki poniesione zgodnie z lokalnymi i środowiskowymi zwyczajami, a które obejmują przygotowanie pogrzebu, samą ceremonię oraz postawienie nagrobku. W szczególności za uzasadnione tradycjami uważa się poniesienie kosztów: przygotowania zwłok do pogrzebu i ich dostarczenia na cmentarz, nabycia trumny, kremacji zwłok, zakupu miejsca na cmentarzu, postawienia nagrobku, zakupu kwiatów i odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, poczęstunku po pogrzebie dla osób bliskich (wyrok Sn z dnia 9 marca 2007 r., V CSK 459/06, Lex nr 277273, wyrok SN z dnia 6 stycznia 1982 r., II CR 556/81, LEX nr 8388; wyrok SN z dnia 22 stycznia 1981 r., II CR 600/80, LEX nr 8301; wyrok SN z dnia 7 marca 1969 r., II PR 641/68, OSN 1970, nr 2, poz. 33, LEX nr 966).

Podkreślić należy, iż roszczenie o zwrot kosztów pogrzebu na podstawie art. 446 § 1 k.c., obejmuje tylko wydatki, które można uznać, że stosownie do okoliczności utrzymane są w rozsądnych granicach i zarazem wyłącznie już poniesione w chwili żądania zwrotu.

M. G. żądała zasądzenia tytułem zwrotu kosztów pogrzebu kwoty 24.405,30 zł.

Mając na uwadze powyższe kryteria za uzasadnione należało uznać poniesione przez nią koszty pogrzebu w kwocie 11.144,80 zł. Na wskazaną kwotę złożyły się: opłata za kaplicę – 160,50 zł, oprawa muzyczna - 128,40 zł, opłata za zezwolenie na ustawienie nagrobka – 225 zł, za wjazd na cmentarz - 80 zł, opłata za usługi firmy (...) - 3.551,40 zł, a także koszt nagrobka i opłata za plac. Wskazywane przez powódkę koszty w postaci opłaty za plac grobowcowy - 8.560 zł z oraz za zakup nagrobka - 11.700 zł, w ocenie Sądu, należało uznać za nadmierne i nie mieszczące się w kosztach zwyczajowo przyjętych w danym środowisku, zatem nie podlegały uwzględnieniu. Mając na uwadze zasady doświadczenia życiowego oraz zważywszy, iż według oficjalnej strony internetowej (...) Z. opłaty za plac na cmentarzu komunalnym są znacznie niższe niż wskazywana przez stronę powodową z tego tytułu kwota 8.560 zł. (przykładowo opłata za grób murowany jednemiejscowy to 1.000 zł), uwzględnieniu z tytułu opłaty za plac podlegała kwota 1.000 zł, zaś za nagrobek – 6.000 zł.

Na marginesie zaznaczyć należy, iż w zwracanych kosztach pogrzebu nie uwzględnienia się kwoty zasiłku pogrzebowego. Na stanowisku takim stanął Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 15 maja 2009r. (III CZP 140/08, Lex nr 493965), wskazując, iż zasiłek pogrzebowy przewidziany w art. 77 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 ze zm.) nie podlega uwzględnieniu przy ustalaniu odszkodowania dochodzonego na podstawie art. 446 § 1 k.c.

W myśl art. 359 § 1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego,

wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

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

Pismem z dnia 25 czerwca 2010 r. M. G. zgłosiła szkodę i wezwała SPZOZ im. (...) w S. do zapłaty kwoty 250.000 zł tytułem jednorazowego odszkodowania w związku pogorszeniem sytuacji życiowej po śmierci męża M. N. (2), kwoty 250.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę oraz kwoty 10.848,90 zł – tytułem zwrotu kosztów pogrzebu, w terminie 7 dni od dnia otrzymania pisma.

O odsetkach od zasądzonej na rzecz powódki M. G. kwoty 100.000 zł z tytułu zadośćuczynienia, kwoty 58.500 zł z tytułu odszkodowania oraz w zakresie kwoty 10.848,90 zł z tytułu zwrotu kosztów pogrzebu Sąd orzekł zgodnie z żądaniem, tj. od dnia 12 lipca 2010r. (zaś od 1 stycznia 2016r. - wobec zmiany brzmienia art. 481 k.p.c. – odsetki ustawowe za opóźnienie). Zgłoszenie szkody i wezwanie do zapłaty (w zakresie kwoty 250.000 zł z tytułu zadośćuczynienia, kwoty 250 zł z tytułu odszkodowania oraz kwoty 10.848,90 zł z tytułu zwrotu kosztów pogrzebu) nastąpiło wskazanym powyżej pismem przedsądowym z dnia 25 czerwca 2010r. (braku potwierdzenia odbioru niniejszego pisma, jednak pozwany Szpital pismem z dnia 12 lipca 2010 r. ustosunkował się do żądania powódki). Odnośnie odsetek za opóźnienie w zakresie pozostałej zasądzonej tytułem zwrotu kosztów pogrzebu kwoty, tj. 295,90 zł, należało orzec od daty doręczenia pozwanemu Szpitalowi pozwu, tj. 30 sierpnia 2011r. (przy czym od dnia 1 stycznia 2016r., wobec zmiany brzmienia art. 481 k.p.c., odsetki ustawowe za opóźnienie). Powódka żądała odsetek od tej kwoty od dnia 12 lipca 2010r., zatem w tym zakresie żądanie jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu.

Natomiast o ustawowych odsetkach od zasądzonej tytułem zadośćuczynienia na rzecz powodów J. N. oraz B. N. kwoty po 80.000 zł, a także na rzecz G. N. (1) kwoty 50.000 zł Sąd orzekł od dnia 2 maja 2011r. Powodowie dokonali zgłoszenia szkody oraz wezwali pozwanego Szpital do zapłaty na rzecz każdego z nich kwoty po 100.000 zł z tytułu zadośćuczynienia pismem z dnia 30 marca 2011r. Z uwagi na brak potwierdzenia odbioru przez pozwanego wskazanego pisma oraz udzielenie przez niego odpowiedzi na wezwanie pismem z dnia 2 maja 2011r., a także mając na uwadze nie wskazanie w wezwaniu terminu spełnienia świadczenia, odsetki podlegały zasądzeniu od dnia 2 maja 2011r., przy czym od dnia 1 stycznia 2016r. (wobec zmiany brzmienia art. 481 k.p.c.) odsetki ustawowe za opóźnienie. Powodowie żądali odsetek od zasądzonych kwot od dnia 15 kwietnia 2011r., żądanie w tym zakresie jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu między powodami a pozwanym Szpitalem Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., znosząc między nimi koszty procesu.

Na mocy postanowienia Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 1 lipca 2011r. powodowie M. G., B. N. i J. N. korzystają ze zwolnienia od kosztów sądowych w części powyżej kwoty 300 zł każdorazowej należności, zaś powód G. N. (1) w części powyżej kwoty 500 zł każdorazowej należności.

Powodowie ponieśli koszty częściowej opłaty od pozwu (w kwocie po 300 zł, zaś powód G. N. (1) po 500 zł).

Zasadne było, w ocenie Sądu mając na uwadze duży nakład pracy pełnomocnika oraz przedstawiony spis kosztów, przyznanie tytułem kosztów zastępstwa procesowego kwoty - 10.000 zł na rzecz wszystkich powodów. Zgodnie bowiem ze stanowiskiem Sądu Najwyższego „okoliczność, że w tej samej sprawie występują trzech powodowie, którzy ponieśli szkody w tym samym wypadku, reprezentowani przez jednego adwokata, mimo że wystawili odrębne pełnomocnictwa, nie uzasadnia zasądzenia na rzecz każdego z powodów oddzielnie kosztów zastępstwa adwokackiego (zob. post. SN z 12.7.1980 r., II CZ 79/80, Legalis). Ponadto na poniesione przez stronę powodową koszty procesu złożyły się także opłaty od pełnomocnictw (w wysokości po 17 zł) oraz wydatki (1.417,34 zł) poniesione zgodnie z przedstawionym spisem kosztów, co łącznie stanowi 11.485,34 zł (10.000 zł + 68 zł / 17 zł x 4/ + 1.417,34 zł).

Ponadto powodowie ponieśli wydatki z tytułu wynagrodzenia biegłych oraz zwrotu kosztów stawiennictwa świadków w łącznej wysokości 7.754,61 zł. Wszystkie zatem poniesione przez nich koszty procesu wyniosły 19.239,95 zł (11.485,34 zł + 7.754,61 zł).

Natomiast koszty procesu wyłożone przez pozwanego Szpital wyniosły łącznie 19.410,92 zł. Na wskazaną kwotę złożyły się koszty zastępstwa procesowego - 7.200 zł, opłata od pełnomocnictwa - 17 zł oraz zaliczka na poczet wynagrodzenia powołanego do wydania opinii instytutu - 12.193,92 zł.

Strona powodowa wygrała proces w 49 % (przyznane świadczenia wyniosły łącznie 379.644,80 zł, zaś suma roszczeń wynosiła 774.405,30 zł).

Mając na uwadze powyższe, Sąd na podstawie art. 100 k.p.c. zniósł pomiędzy powodami a pozwanym Szpitalem koszty procesu.

O kosztach procesu między powodami i pozwanym P. K. orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. W ocenie Sądu po stronie powodów zachodzą okoliczności pozwalające na wyjątkowe nieobciążanie ich kosztami procesu na rzecz pozwanego. W niniejszej sprawie znajduje zastosowanie przepis art. 102 k.p.c. i przewidziana w nim zasada słuszności, zgodnie z którą w wypadkach szczególnie uzasadnionych Sąd może zasądzić od strony przegranej tylko część kosztów albo nie obciążać jej kosztami w ogóle. Należy mieć tutaj na uwadze trudną sytuację rodzinną powodów oraz charakter sprawy, która dotyczy wyrównania szkody wynikającej z zakażenia bakterią gronkowca, skutkującego dla powodów śmiercią osoby najbliższej. Powodowie, przy tak skomplikowanym stanie faktycznym, w szczególności gwałtownie następującym pogorszeniu się stanu zdrowia M. N. (2) mogli mieć trudności z ustaleniem podmiotu odpowiedzialnego za zaistniałą sytuację, a wytaczając powództwo wobec lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych M. N. (2), byli subiektywnie przekonani o zasadności swoich roszczeń.

W toku procesu, w związku ze zwolnieniem powodów od kosztów sądowych w części, powstały nieuiszczone koszty sądowe, obejmujące wynagrodzenie biegłych sądowych w wysokości 5.049,74 zł oraz obejmujące część opłaty sądowej od pozwu.

Obowiązkiem ich poniesienia, stosownie do dyspozycji art. 113 ust. 1 i 2 pkt 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych należało obciążyć strony, proporcjonalnie do tego w jakiej części każda z nich wygrała i odpowiednio – przegrała proces. Mając na uwadze, iż pozwany Szpital przegrał w 51%, Sąd nakazał pobrać od niego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi z tytułu nieuiszczonych kosztów sądowych kwotę 19.858,36 zł. Złożyła się na nią kwota 2.575,36 zł (51 % z 5.049,74 zł) oraz opłata od pozwu od zasądzonej części - 17.283 zł.

Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. art. 102 k.p.c. Sąd odstąpił od obciążenia powodów kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa.

z/ odpisy wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron.