

Sygn. akt I C 838/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: sędzia Rafał Wagner

Protokolant: sekretarz sądowy Katarzyna Stefanou

po rozpoznaniu w dniu 16 grudnia 2020 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa **M. M.**

przeciwko **Zespołowi (...) w C. i (...) S.A. z siedzibą w W.**

o zapłatę

I. zasądza tytułem zadośćuczynienia od Zespołu (...) w C. i (...) S.A. z siedzibą w W. w ten sposób, że spełnienie świadczenia przez jednego z zobowiązanych zwalnia drugiego na rzecz M. M. kwotę 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 3 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza tytułem odszkodowania od Zespołu (...) w C. i (...) S.A. z siedzibą w W. w ten sposób, że spełnienie świadczenia przez jednego z zobowiązanych zwalnia drugiego na rzecz M. M. kwotę 4 680 (cztery tysiące sześćset osiemdziesiąt) zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 3 stycznia 2019 r. do dnia zapłaty;

III. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

IV. ustala, że powód ponosi koszty procesu w 49,2% natomiast pozwani w 50,8%, pozostawiając szczegółowe wyczerpanie tych kosztów, przy przyjęciu podwójnej stawki minimalnej w zakresie kosztów zastępstwa procesowego pełnomocników stron, referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się wyroku.

Sygn. akt I C 838/17

UZASADNIENIE

Pozwem z 16.8.2017 r. M. M. wystąpił przeciwko Zespołowi (...) w C. oraz (...) S.A. w W. o:

1) zasądzenie in solidum od pozwanych kwoty 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi:

a) w stosunku do pozwanego Zespołu (...) w C. od 28.12.2016 r. do dnia zapłaty;

b) w stosunku do pozwanego Zakładu (...) S.A. w W. od 9.3.2017 r. do dnia zapłaty;

2) zasądzenie in solidum od pozwanych kwoty 4 680 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi:

a) w stosunku do pozwanego Zespołu (...) w C. od 28.12.2016 r. do dnia zapłaty;

b) w stosunku do pozwanego Zakładu (...) S.A. w W. od 9.3.2017 r. do dnia zapłaty.

3) zasądzenie od pozwanych kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego przez radcę prawnego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w styczniu 2016 r. u jego matki A. O. został zdiagnozowany nowotwór lewej piersi. 23.2.2016 r. wykonano u niej zabieg wycięcia guza. Kobiecie zalecono chemioterapię, po drugiej z nich zaczęła odczuwać osłabienie fizyczne, stała się smutna i przygnębiona. Przyjaciółka A. O. I. W. zaproponowała w związku z tym konsultację psychiatryczną i poradziła skierować A. O. do Szpitala.

W uzasadnieniu podniesiono również, że 14.4.2016 r. A. O. została przyjęta do Zespołu (...) w C., zaś kolejnego dnia odbyła się konsultacja psychiatryczna pacjentki. Stwierdzono u niej występowanie objawów stanu depresyjnego oraz myśli suicydalne, jednak bez tendencji do realizacji. Gdy A. O. odwiedziła I. W. zauważyła ona, że pacjentka pozostaje zamroczone, co było skutkiem kilku tabletek leku nasennego S.. W przekonaniu powoda celem jego zażycia było popełnienie samobójstwa. Pacjentkę przeniesiono do tzw. sali R, gdzie miała być „nadzorowana przy wszystkich czynnościach”.

W uzasadnieniu podniesiono również, że 17.4.2016 r. około 7:00 rano pielęgniarka zaprowadziła A. O. do toalety, po czym wróciła na salę. Matka powoda w tym czasie udała się na trzecie piętro do kaplicy, skąd wyskoczyła i w następstwie czego zmarła.

Powód zarzucił Zespołowi (...) w C. liczne uchybienia, które jego zdaniem doprowadziły do zgonu matki - nieprawidłowe sprawowanie nadzoru polegające na pozostawieniu przez pielęgniarkę w toalecie pacjentki samej, niewłaściwą organizację opieki nad osobami pozostającymi w sali intensywnego nadzoru, a także niewłaściwą terapię farmakologiczną polegającą na zbyt późnym podaniu leku D. oraz niewłaściwej jego dawce.

W oparciu o tak przedstawiony stan faktyczny powód zażądał zasądzenia in solidum kwoty 300 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie. W związku z poniesionymi kosztami pogrzebu zażądał także ich zwrotu w wysokości 4 680 zł, również z ustawowymi odsetkami liczonymi od tych samych dat co przy zadośćuczynieniu (pozew – k. 2-17).

W odpowiedzi na pozew z 10.1.2018 r. Zespół (...) w C. (data stempla pocztowego – k. 175) wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego ustalonych na podstawie złożonego zestawienia, a w razie jego braku według norm przepisanych. Pozwany zakwestionował powództwo co do zasady i co do wysokości.

ZOZ podniósł w odpowiedzi na pozew, że sala R, na którą została przeniesiona A. O. nie była salą intensywnej opieki medycznej a salą wzmoczonego nadzoru. Zdaniem pozwanego warunki w szpitalu odpowiadały rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, gdyż w sali znajdowało się 6 łóżek, a nadzór nad pacjentami sprawowała cały czas jedna pielęgniarka. W opinii pozwanego skoro z karty realizacji opieki wynika, że pacjentka miała wychodzić do WC pod kontrolą personelu, to zachowanie polegające na zaprowadzeniu pacjentki do toalety było prawidłowe, gdyż kontrola ma charakter wyrywkowy, zaś nadzór prowadzony jest przez cały czas trwania danego procesu. Pozwany podkreślił również, że do błędu organizacyjnego nie doszło, gdyż nadzór nad pacjentami przez jedną pielęgniarkę odpowiadał wskazanemu rozporządzeniu i jest zgodny z zarządzeniami Prezesa NFZ. ZOZ podniósł również, że lek S. jest lekiem nasennym wyjątkowo bezpiecznym, bowiem substancją czynną jest w nim Z.. Zdaniem pozwanego pacjentka będąc lekarzem z 40-letnim stażem zdawała sobie sprawę jak działa ten lek. Odnośnie do spóźnionego zastosowania leku D. pozwany podniósł, że został on zalecony w dniu 15.4.2016 r. o 14:00 i miał zostać podawany o godzinie 8:00, dlatego zażycie go przez pacjentkę mogło nastąpić najwcześniej 16 kwietnia 2016 r., tj. wtedy gdy lek został podany. Zdaniem pozwanego także dawka leku była właściwa. W przekonaniu Szpitala powód nie wykazał żadnej z przesłanek odpowiedzialności, dlatego powództwo powinno zostać oddalone (odpowiedź na pozew – k. 149-153).

(...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Ubezpieczyciel podobnie jak Szpital zakwestionował powództwo co do zasady i co do wysokości.

W przekonaniu (...) S.A. M. M. nie wykazał przesłanek odpowiedzialności Szpitala. Zdaniem zakładu ubezpieczeń śmierć A. O. była skutkiem samobójstwa a nie przyczyniły się do niej ani osoby trzecie ani nieprawidłowości w funkcjonowaniu Szpitala. Pozwany podniósł ponadto, że kwota zadośćuczynienia jest rażąco wygórowana i nieadekwatna do skutków zachowania pozwanego ZOZ. Zakład ubezpieczeń zakwestionował także zasadność roszczenia o zwrot poniesionych kosztów pogrzebu. Ponadto podniósł, że odsetek w spełnieniu świadczenia można żądać dopiero od dnia wydania wyroku (odpowiedź na pozew – k. 136-137).

Sąd ustalił, co następuje:

A. O. wykonywała przez około 40 lat zawód lekarza ginekologa w Zespole (...) w C.. Pracowała tam do lutego 2016 r. Utrzymywała koleżeńskie relacje z personelem Szpitala, zaś z pielęgniarkami I. W. oraz G. G. pozostawała w bliskich przyjacielskich relacjach. Przed zachorowaniem na nowotwór piersi była osobą pogodną, uśmiechniętą i silną psychicznie.

dowód: zeznania świadka I. W. - k. 267v-268; przesłuchanie powoda – k. 638v

11 stycznia 2016 r. w poradni onkologicznej rozpoznano u kobiety guza lewej piersi, powiększenie węzłów chłonnych pachowych po stronie lewej. Pacjentka została skierowana na szczegółowe badania. 25.1.2016 r. wykonano biopsję zmiany w lewej piersi i zdiagnozowano nowotwór złośliwy. Od 23.2.2016 r. do 1.3.2016 r. z rozpoznaniem nowotworu złośliwego sutka A. O. przebywała w Oddziale Klinicznym Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej. 24.2.2016 r. przeprowadzono u niej zabieg operacyjny kwadrantektomii piersi lewej i limfadenektomii pachy lewej. Przed operacją wykonano u pacjentki ocenę stanu psychologicznego. Zaobserwowano napięcie lękowe. Kobieta uczestniczyła również w spotkaniu grupy wsparcia i zajęciach psychoedukacyjnych.

10.3.2016 r. A. O. została skierowana na komisję interdyscyplinarną, która zakwalifikowała ją do uzupełniającej chemioterapii w czterech cyklach wg schematu AC. Pierwszą chemioterapię kobieta przyjęła w oddziale chemioterapii dziennej 18.3.2016 r., drugi cykl zaś 8.4.2016 r. Dalsze leczenie w trybie ambulatoryjnym i kolejny cykl został zaplanowany na 29.4.2016 r.

dowód: opis komisji lekarskiej w Centrum Onkologii im. Prof. F. Ł. w B. z 10.3.2016 r.– k. 22; opis porady lekarskiej z 10.3.2016 r. – k. 23-24; ocena stanu psychologicznego – k. 25; opis komisji lekarskiej z 11.2.2016 r.– k. 27; opis porady lekarskiej z 4.2.2016 r., 25.1.2016, 11.1.2016 r. – k. 30; historia pobytu w Centrum Onkologii z 8.4.2016 r. i 18.2016 r. oraz od 23.2.2016 r. do 1.3.2016 r.– k. 33-30; karta informacyjna z Centrum Onkologii z pobytu od 23.2.2016 r. do 1.3.2016 r. – k. 57; protokół operacyjny z kwadrantektomii piersi lewej oraz limfadenektomii pachy lewej – k. 40

Gdy choroba nowotworowa została rozpoznana u A. O., przeprowadził się do niej jej syn M. M., który w czasie choroby stale wspierał kobietę i udzielał jej niezbędnej pomocy. Powód wyjeżdżał z matką m.in. do lasu, grał w gry. W opiece nad chorą wspierał powoda personel pielęgniarski Zespołu (...) w C..

O ile pacjentka po przyjęciu pierwszego cyklu pozostawała w dobrym samopoczuciu i miała nadzieję, że uda jej się pokonać chorobę i powrócić do zdrowia, to po drugiej chemioterapii zachowanie kobiety uległo zmianie. Stan psychiczny chorej pogorszył się, choć był on zmienny. Kobieta ponadto schudła, czuła się źle, była przygnębiona. Zaczęły jej wypadać włosy, czego nie mogła zaakceptować. Czasami A. O. jednak optymistycznie spoglądała w przyszłość. Chociaż kobieta znajdowała się w obniżonym nastroju to przyjaciółkom nigdy nie wspominała o potencjalnej próbie samobójczej. Tylko w stosunku do syna M. M., gdy zamierzał wyjechać na kilka dni do P.

stwierdziła, że chce odejść, nie chce żyć. I. W. zaproponowała w związku z tym, żeby na okres wyjazdu przyjąć A. O. do Zespołu (...) w C., w celu poddania jej konsultacji psychiatrycznej w związku z obniżonym nastrojem.

dowód: zeznania świadka I. W. – 267v-268, 269; zeznania świadka G. G. – k. 269v-270; przesłuchanie powoda M. M. – k. 274, k. 637v-638

W dniu wyjazdu M. M. do P., tj. 14.4.2016 r. A. O. została przyjęta do Zespołu (...) w C. na Oddział (...) w trybie nagłym. Przyjęcie było uwarunkowane prośbą pielęgniarek, w szczególności przyjaciółki I. W.. Jako rozpoznanie przy przyjęciu wskazano reakcję depresyjną i raka piersi. Za przyczynę przyjęcia uznano pogorszenie stanu ogólnego w przebiegu chemioterapii. Stan ogólny pacjentki na chwilę przyjęcia kwalifikowano jako ogólny dobry, zaobserwowano jednak obniżony nastrój. Zalecono stosowanie leku przeczyszczającego L.. W ramach opieki pielęgniarskiej także wskazano, że pacjentka zdradza objawy depresji i należy na nią zwrócić uwagę.

dowód: przyjęcie na Oddział (...) ZOZ w C. – k. 41, 43-44; skierowanie do szpitala – k. 42; karta realizacji opieki pielęgniarskiej – k. 45; karta informacyjna z Zespołu (...) w C. – k. 47; karta informacyjna leczenia z Oddziału Wewnętrznego – k. 49

Następnego dnia, tj. 15.4.2016 r. chora została poddana konsultacji psychiatrycznej, którą przeprowadziła B. J.. U A. O. stwierdzono epizod depresyjny, który przejawiał się w wyraźnych objawach zespołu depresyjnego włącznie z myślami samobójczymi, jednak bez tendencji do ich realizacji, dużym poczuciem beznadziejności i brakiem perspektyw na przyszłość. Zalecono w stosunku do pacjentki stosowanie leku D. (...) mg. Lek ten podano pacjentce pierwszy raz 16.4.2016 r. w godzinach porannych. W dniu badania, 15.4.2016 r., chorą odwiedziła I. W., która zauważyła senność pacjentki i zgłosiła tę okoliczność lekarzowi. Pacjentka zażyła kilka tabletek własnych środków nasennych (lek S.). Po tym incydencie około 14:00 A. O. została na zlecenie lekarza przeniesiona na salę R w celu kontroli posiadania innych leków poza zażytych. Pacjentka od chwili przeniesienia na salę R mogła wychodzić do toalety wyłącznie pod kontrolą personelu.

dowód: karta realizacji opieki pielęgniarskiej – k. 45; karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej – k. 46; konsultacja psychiatryczna B. J. – k. 51; zeznania świadka B. J. – k. 51; zeznania świadka P. K. – k. 268v-269; zeznania świadka I. W. – k. 269v

Sala R na Oddziale (...) Zespołu (...) w C. przeznaczona jest dla pacjentów o różnym stanie fizycznym, głównie z problemami kardiologicznymi. Jest w niej zapewniony najwyższy poziom nadzoru na oddziale, gdyż znajduje się na stałe stanowisko pielęgniarskie. Chorzy pozostający pod nadzorem, jeżeli byli chodzący nie wymagali jednak asysty pielęgniarki przy wyjściu do toalety. Natomiast jeżeli pacjenci wymagali pomocy byli odprowadzani przez pielęgniarkę, która w razie potrzeby organizowała wówczas zastępstwo na sali. Pacjenci mogli korzystać wtedy także z dzwonka w celu poinformowania o konieczności udzielenia pomocy. Jeżeli chory przez dłuższy czas po odprowadzeniu do toalety nie wracał, to pielęgniarka udawała się do niego ponownie w celu sprawdzenia, czy pacjent nie zasnął. O zakwalifikowaniu chorego do pobytu na sali R decydował lekarz. Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentami na sali monitorowanej przed przeniesieniem A. O. nie miały doświadczenia w nadzorze nad osobami z problemami o podłożu psychicznym.

dowód: zeznania świadka I. W. ; zeznania świadka P. K. – 268v; zeznania świadka K. T. – k. 270v-271v; zeznania J. K. – k. 272; zeznania A. P. – k. 273

A. O. była rano 15.4.2016 r. apatyczna, w obniżonym nastroju. Nastrój chorej podczas pobytu w Szpitalu był jednak zmienny. Później podczas odwiedzin koleżanek była ożywiona, a nawet śmiała się i żartowała. Nie wspominała o myślach samobójczych. W nocy z 15 na 16.4.2016 r. pacjentka była spokojna, ale całą noc nie spała.

Kolejnej nocy u A. O. nadal był zauważalny obniżony nastrój. Rano 17.4.2016 r. pacjentka była w dalszym ciągu apatyczna, nie zgłaszała jednak żadnych dolegliwości, ale występował u niej obniżony nastrój. Około godziny 7:00 zgłosiła potrzebę wyjścia do toalety. Do WC odprowadziła chorą pielęgniarka K. T., która następnie wróciła na salę,

aby innemu z pacjentów zmierzyć temperaturę i podać lek przeciwbólowy. Kiedy chora przez dłuższy czas nie wracała pielęgniarka udała się ponownie do toalety, ale A. O. już w niej nie było.

Pacjentka przemieściła się do kaplicy znajdującej się na trzecim piętrze Szpitala, skąd wyskoczyła z okna. Odgłos uderzenia o ziemię usłyszała kończąca dyżur M. B., która natychmiast zorganizowała pomoc i podjęła próbę reanimacji. Okazała się ona jednak nieskuteczna. A. O. poniosła śmierć na miejscu wskutek pęknięcia tętnicy głównej i tamponady serca.

dowód: karta realizacji opieki pielęgniarstwa – k. 45; zeznania świadka K. T.; zeznania świadka M. B.; karta informacyjna z Zespołu (...) w C. – k. 47; karta informacyjna leczenia z Oddziału Wewnętrznego – k. 49; historia choroby – k. 53; akt zgony A. O. – k. 59; zeznania świadka K. T. – k. 270v

Stan depresyjny z postawą rezygnacyjną i myślami samobójczymi, który występował u pacjentki A. O. był wskazaniem do leczenia w oddziale lub w szpitalu psychiatrycznym, gdyż żaden oddział szpitalny nie będący oddziałem psychiatrycznym nie jest w stanie zapewnić warunków osobie z depresją i tendencjami samobójczymi należytej opieki. Na Oddziale (...) Zespołu (...) zapewniono warunki nadzoru na takim poziomie na jakim było to tam możliwe (konsultację psychiatryczną, salę monitorowaną, nadzór przy różnych czynnościach).

Zażycie przez A. O. kilku tabletek S. mogło być związane z występującą u niej bezsennością, nie musiało być próbą samobójczą czy ostrzeżeniem przed nią. Przyczyną przeniesienia pacjentki z sali ogólnej na salę monitorowaną wynikało z zażycia przez nią wskazanego leku. Zalecenie nadzoru przy wychodzeniu do toalety u pacjentki z depresją i myślami samobójczymi było uzasadnione zagrożeniem podjęcia próby samobójstwa. Brak zgody pacjentki na leczenie psychiatryczne powinien zostać odnotowany w dokumentacji. Zalecenie podania A. O. leku D. w dawce (...) mg było prawidłowe. Dawka ta jest bezpieczna i stosowana u osób z różnymi ograniczeniami. Lek D. należący do grupy (...) – inhibitorów zwrotnego wchłaniania serotoniny osiąga efekt terapeutyczny po około 10-14 dniach przyjmowania, dlatego dodatkowo można było zastosować w leczeniu A. O. inny lek o mniejszym działaniu przeciwdepresyjnym, ale zmniejszającym niepokój i poprawiającym zaburzenia snu (przykładowo L. lub D.). W początkowym okresie przyjmowania leków jak D. istnieje ryzyko podwyższenia niepokoju i pobudzenia u pacjenta, co zwiększało ryzyko podjęcia przez pacjentkę zamachu samobójczego.

dowód: opinia biegłego lek. med. specjalisty psychiatrii M. G. – k. 367-369

M. M. był synem A. O.. Matka była jego jedyną rodziną, gdyż z ojcem nie utrzymywał nigdy kontaktu. Powoda łączyły z A. O. bardzo silne pozytywne relacje. Jej tragiczna śmierć była dla niego silnym przeżyciem. Kiedy 17.4.2016 r. około 8:00 otrzymał telefon ze Szpitala, w którym został poproszony o pilny przyjazd, poczuł się silnie zaniepokojony. Nie poinformowano go wówczas jeszcze o tragicznej śmierci matki. O próbie samobójczej matki dowiedział się dopiero w drodze do C., kiedy otrzymał kondolencje.

Powód po śmierci matki nie był w stanie prawidłowo funkcjonować. W załatwianiu formalności związanych z organizacją pogrzebu wyręczał go M. S.. Przez blisko 2 lata M. M. bardzo intensywnie przeżywał żal po matce. U powoda występowały silne zaburzenia lękowe i powracające zaburzenia depresyjne. Do 2018 r. M. M. leczył się psychiatrycznie. Terapia miała jednak charakter nieregularny. Kiedy objawy były nasilone M. M. przyjmował leki, po uzyskaniu poprawy odstawiał je, co ponownie prowadziło do pogorszenia stanu psychicznego.

M. M. po śmierci matki nadużywał także alkoholu. Mieszkał wówczas z dziewczyną i jej dziećmi w P.. Po roku od śmierci A. O. powód zakończył długoletni związek partnerski. Unikał w tym czasie także kontaktów społecznych.

Przez rok po śmierci A. O. M. M. utrzymywał się ze środków, które odziedziczył po matce. Następnie podjął współpracę z partnerką, pracował również w pracowni architektonicznej kolegi. Kiedy rozpadł się jego związek, zajął się dorywczymi pracami fizycznymi. Powód nadal pracuje fizycznie – zajmuje się dowożeniem posiłków w aplikacji U.. Jest w nowym związku, urodziło mu się dziecko.

M. M. myśli jednak o powrocie do pracy zawodowej, z optymizmem patrzy w przyszłość. Nie wymaga obecnie leczenia psychiatrycznego. Nie występują u niego zaburzenia depresyjne i lękowe. Od wiosny 2018 r., kiedy wyjechał na Teneryfę przyjmuje wyłącznie doraźnie leki nasenne i uspokajające. Obecnie zażywa tylko Z.. Nadal jednak silnie przeżywa śmierć matki. Jest to dla niego w dalszym ciągu bolesne wspomnienie wywołujące poczucie pustki i żal.

Śmierć A. O. była dla M. M. silną traumą. Nagła strata matki wykroczyła u powoda poza granice żałoby fizjologicznej i doprowadziła do reakcji adaptacyjnej typu depresyjnego, która objawiała się m.in. obniżeniem nastroju, lękiem, zaburzeniami snu i łaknienia, pesymizmem co do przyszłości, wycofaniem się z ról społecznych. Na skutek zaburzeń depresyjnych M. M. nie mógł prawidłowo funkcjonować, silnie zminimalizował kontakty społeczne, a ponadto zrezygnował z pracy adekwatnej do wykształcenia. Epizod depresyjny oraz towarzyszące mu nadużywanie alkoholu i środków nasennych doprowadziły także do rozpadu związku partnerskiego powoda.

W związku z cechami powoda cechami (biernym opieraniem się na innych osobach, tendencją do podporządkowania się im, uległością wobec autorytetów, małą odpornością na stres i frustrację, tendencją do wycofywania się z kontaktów społecznych) u M. M. jeszcze przed śmiercią A. O. występowały epizody depresyjne i zaburzenia psychiczne.

Powód poniósł koszty związane z pochówkiem matki. Składały się na nie koszty usługi pogrzebowej, trumny, jak również kremacji i nagrobka. Otrzymany przez M. M. zasiłek pogrzebowy nie wystarczał na pokrycie poniesionych z tego tytułu kosztów.

dowód: akt urodzenia – k. 61-62; postanowienie SR w Chełmnie – k. 60; faktura-k. 58; opinia biegłego sądowego psychologa K. P. oraz biegłego specjalisty psychiatrii A. N. – k. 500-514 ; zeznania świadka G. G. – k. 270; zeznania świadka I. W. – k. 268-268v; przesłuchanie powoda M. M. – k. 636v-639; zeznania świadka M. S. – k. 635-636v

Zespół (...) w C. w czasie pobytu A. O. w okresie od 14 do 17.4.2016 r. był ubezpieczony w zakresie odpowiedzialności cywilnej w (...) S.A. w W..

bezsporne

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych wyżej dokumentów. Strony w toku postępowania nie zanegowały ich prawdziwości, a Sąd dokonując ich kontroli od strony formalnej i zawartości merytorycznej również nie dopatrzył się uchybień ani śladów wskazujących na ich fałszowanie przez podrabianie lub przerabianie, dlatego nie znalazł podstawy do ich zakwestionowania z urzędu.

Podstawę faktyczną rozstrzygnięcia Sąd skonstruował także na podstawie opinii biegłych sądowych: lek. med. specjalisty psychiatrii M. G. (k. 367-369= oraz biegłego psychologa K. P. i specjalisty psychiatrii A. N. (k. 500-514). Opinie te zostały sporządzone przez kompetentne osoby, posiadające specjalistyczną wiedzę z zakresu będącego ich przedmiotem, zostały wydane na podstawie analizy akt sprawy z uwzględnieniem dołączonej dokumentacji medycznej, a w przypadku opinii odnoszącej się do M. M. także badania powoda. Przedmiotowe opinie odpowiadały wymaganiom określonym w Kodeksie postępowania cywilnego, nie zachodziły także powody osłabiające zaufanie do wiedzy, kompetencji, doświadczenia czy bezstronności sporządzających je biegłych, dlatego Sąd uznał je za wiarygodny materiał dowodowy i poczynił na ich podstawie ustalenia faktyczne.

Wnioski opinii zostały sformułowane zdaniem Sądu na tyle zrozumiale i jednoznacznie, że umożliwiły ustalić fakty wymagające wiedzy specjalnej, przede wszystkim w zakresie nieprawidłowości działania pozwanego Zespołu (...) w C. w procesie leczenia A. O. i przypisania temu podmiotowi odpowiedzialności. Sąd podzielił wnioski opinii, że Szpital nie dołożył należytej staranności przyjmując pacjentkę na Oddział (...), zamiast zaproponować jej przeniesienie do oddziału psychiatrycznego lub skierowanie do szpitala psychiatrycznego. Sąd podzielił również konstatację o niewłaściwości zachowania polegającego na podjęciu się leczenia pacjentki, u której występowała reakcja depresyjna i podania jej leku D., który wywołuje efekt dopiero po około 10-14 dniach, a który w początkowym etapie jego stosowania

może powodować wzrost zagrożenia podjęcia próby samobójczej w sytuacji, w której nie potrafił zapewnić pacjentce należytych środków bezpieczeństwa.

W przekonaniu Sądu nie stoi w sprzeczności z wnioskami opinii, które Sąd podzielił, teza, że na Oddziale (...) Zespołu (...) w C. zostały wdrożone wszystkie środki nadzoru, którymi ta komórka organizacyjna dysponowała. W opinii Sądu taka konstatacja nie przekreśla wniosku, że zachowanie personelu Zespołu (...) w C., w zakresie w jakim przyjął pacjentkę, było obiektywnie nieprawidłowe i tym samym przyczyniło się w sposób zawiniony do śmierci A. O..

Sąd oddalił wniosek o przeprowadzeniu dowodu opinii biegłego z zakresu farmakoterapii, gdyż fakty, które miałyby być tym dowodem wykazane zostały już wcześniej udowodnione albo nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, a przeprowadzenie tego dowodu powodowałoby zwłokę w postępowaniu.

Podstawę ustaleń faktycznych stanowiły także uzupełniająco zeznania przesłuchanych w sprawie świadków i powoda. Zdaniem Sądu były one szczerze, spontaniczne i co do zasady korespondowały ze sobą, dlatego nie znalazł podstaw do odmowy im wiarygodności dowodowej. Z podobnych przyczyn Sąd dokonał ustaleń na podstawie zeznań zeznania złożonych przez powoda M. M..

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części. W zakresie, w którym żądanie okazało się zawyżone, podlegało ono oddaleniu.

Spór między stronami wymagał rozstrzygnięcia w pierwszej kolejności, czy zachowanie pozwanego Zespołu (...) w C. było prawidłowe, czy też podmiot leczniczy nie dochował należytej staranności w zakresie nadzoru i opieki w stosunku do A. O., przyczyniając się do podjęcia przez pacjentkę skutecznego zamachu samobójczego.

Podstawy odpowiedzialności pozwanego Szpitala za czyn niedozwolony wynikający z zaniechań personelu medycznego w procesie udzielania świadczeń medycznych należy upatrywać w art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z art. 430 k.c., kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Artykuł 415 k.c. stanowi natomiast, że kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

W orzecznictwie i literaturze nie budzi wątpliwości, że odpowiedzialność podmiotu prowadzącego zakład opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego) za szkodę wyrządzoną z winy lekarza (innego członka personelu medycznego) zatrudnionego w tej jednostce lub też prowadzącego indywidualną praktykę lekarską na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych, opiera się na art. 415 k.c. i art. 430 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 2.3.2012 r., I ACa 123/12, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10).

Trafnie w wyroku z 3.3.2017 r., I ACa 2449/15 (Legalis) Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił, że „Odpowiedzialność z art. 430 k.c. oparta jest na zasadzie ryzyka i zwierzchnik (szpital) nie może się od niej uwolnić poprzez wykazanie braku winy w wyborze, czy w nadzorze. Jediną okoliczność egzoneracyjną stanowi brak winy podwładnego. Zasada ryzyka jako podstawa odpowiedzialności przyjęta w omawianym przepisie nadaje tej odpowiedzialności charakter obiektywny. Odpowiedzialność tę określa się, w pewnym uproszczeniu, jako odpowiedzialność za skutek, a uzasadnia się premią cuius commodum eius periculum (czyj zysk, tego odpowiedzialność)”.

Należy podkreślić, że odpowiedzialność uregulowana w art. 430 k.c. to odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, dla której zaistnienia konieczne jest ustalenie winy osób z personelu medycznego (podwładnych). Wina podwładnego jest przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c., przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna). Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione

naruszenie zasad i standardów postępowania z pacjentem przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkody doznane przez pacjenta.

Przesłankami odpowiedzialności z art. 430 k.c. są zatem: 1) powierzenie na własny rachunek wykonania czynności podwładnemu; 2) zawiniony czyn niedozwolony podwładnego; 3) szkoda wyrządzona przy wykonywaniu powierzonych podwładnemu czynności; 4) związek przyczynowy między czynem niedozwolonym podwładnego a szkodą.

Odpowiedzialność (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. względem powoda wynika z objęcia placówki medycznej ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w pozwanym zakładzie ubezpieczeń. Ubezpieczyciel zgodnie z konstrukcją ubezpieczenia odpowiada jednak o tyle, o ile uprzednio wykazane zostaną przesłanki odpowiedzialności deliktowej Szpitala. Jego odpowiedzialność ma bowiem charakter gwarancyjny.

Zgodnie z treścią art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Artykuł 822 § 1 k.c. stanowi natomiast, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Z kolei art. 822 § 2 k.c. przewiduje, że jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody, o jakich mowa w § 1, będące następstwem przewidzianego w umowie zdarzenia, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. Odpowiedzialność ubezpieczyciela limituje zgodnie z art. 824 § 1 k.c. suma gwarancyjna.

Ocena zasadności roszczeń powoda wymagała zbadania, czy zachowanie pozwanego Zespołu (...) w C. w odniesieniu do leczenia A. O. można uznać za obiektywnie nieprawidłowe. Konieczne dla rozstrzygnięcia o odpowiedzialności podmiotu leczniczego było w tym zakresie ustalenie, czy Szpital dopuścił się zaniedbań w procesie leczenia pacjentki, a także, czy zapewnił jej odpowiednie warunki nadzoru i opieki w związku z występującym u niej stanem depresyjnym.

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy należało przyjąć, że zachowanie personelu medycznego pozwanego Zespołu (...) w C. nie było właściwe. Zważywszy na powyższe roszczenia, z którymi wystąpił powód M. M. zarówno w stosunku do Szpitala jak i zakładu ubezpieczeń ponoszącego odpowiedzialność gwarancyjną należało uznać je za uzasadnione.

Dla oceny realizacji przesłanek odpowiedzialności pozwanego Szpitala niezbędne było posiadanie wiadomości specjalnych i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego. Zdaniem Sądu wnioski płynące z opinii sporządzonej przez biegłą lek. med. specjalistę psychiatrii M. G. uzasadniają tezę, że Zespół (...) w C. nie dochował należytej staranności w procesie leczenia A. O.. Za możliwością uznania odpowiedzialności pozwanego Szpitala przemawiało w przekonaniu Sądu w pierwszej kolejności przyjęcie pacjentki na Oddział (...) Zespołu (...) w C. zamiast skierowanie ją do oddziału (...) lub szpitala (...), w którym miałyby zapewnione właściwe w jej stanie środki nadzoru, a w drugiej kolejności zaś brak podjęcia szczególnych środków ostrożności w pierwszej fazie podawania leku D., kiedy istniało podwyższone ryzyko podjęcia zamachu samobójczego.

Jak wynika ze sporządzonej opinii niewłaściwość postępowania podmiotu leczniczego przejawiała się przede wszystkim w nieadekwatności komórki, do której została skierowana pacjentka do jej stanu psychicznego. Jak wskazała bowiem biegła żaden oddział szpitalny niebędący oddziałem (...) nie jest w stanie zapewnić pacjentowi z depresją i tendencjami samobójczymi właściwych warunków nadzoru i opieki. Mając na względzie, że nawet zdecydowanie lepiej przygotowane oddziały (...) nie zawsze mają możliwość zapobieżenia samobójstwom pacjentów, w przekonaniu Sądu błędem pozwanego Szpitala było przyjęcie A. O. na Oddział (...) Zespołu (...) w C.. Personel pozwanego, który zdecydował o przyjęciu pacjentki na Oddział (...) musiał mieć świadomość występującej u A. O. reakcji depresyjnej, o czym świadczy rozpoznanie ze skierowania do przyjęcia, a jednak zdecydował się na jej pobyt na oddziale, który nie był przystosowany do potrzeb pacjentów tej kategorii. Najpóźniej po konsultacji psychiatrycznej, która została przeprowadzona 15.04.2016 r. należało podjąć działania zmierzające do przeniesienia pacjentki na oddział psychiatryczny. Zaniechanie w tym zakresie stanowiło zawiniony błąd.

Placówka lecznicza powinna przyjąć bowiem A. O. na oddział (...), który ze względu na stan, w którym się znajdowała się byłby wyłącznie właściwy do wdrożenia stosownych środków nadzoru i opieki. Jeżeli zaś Zespół (...) w C. nie miał faktycznej możliwości zapewnienia warunków właściwych dla osoby, u której występowała depresja z tendencjami samobójczymi był zobowiązany do wskazania innego właściwego podmiotu leczniczego, w którym byłyby one dostępne. Zważywszy na powyższe zdaniem Sądu należy stwierdzić, że Szpital wyrażając zgodę na przyjęcie chorej na oddział, na którym nie był w stanie zapewnić jej odpowiedniej opieki i nadzoru dopuścił się zachowania obiektywnie nieprawidłowego, gdyż naraził A. O. na utratę zdrowia i życia, nie zapewniając właściwych warunków leczenia.

Za odpowiedzialnością Zespół (...) w C. zdaniem Sądu przemawiało także to, że personel Szpitala powinien zachować szczególną ostrożność w początkowym etapie przyjmowania przez A. O. leku D.. Jak wskazała biegła lek ten należy do grupy (...), tj. inhibitorów zwrotnego wchłaniania serotoniny i przynosi efekt terapeutyczny dopiero po 10-14 dniach. Oznacza to, że od momentu podania pierwszej dawki leku do wywołania przez niego skutku w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta musi upłynąć stosunkowo długi okres, w którym niestety zagrożenie targnięcia się na życie nie maleje, a nawet na początkowym etapie wzrasta. Biegła przyjęła, a Sąd ten wniosek podziela w całości, że w kategorii leków, do których należy D. – (...) istnieje możliwość podwyższenia niepokoju u pacjenta, czasami również pobudzenia, a to zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej u osoby, u której występują takie tendencje.

Zdaniem Sądu zestawienie wniosków opinii z występującą u A. O. bezsennością i przyjmowaniem własnego leku nasennego S., przemawia za konkluzją, że personel Szpitala powinien zastosować w tym czasie szczególne środki ostrożności. W początkowym okresie przyjmowania leku D. personel Zespołu (...) w C. winien zatem skrupulatnie i uważnie nadzorować wszystkie zachowania pacjentki, a zwłaszcza te, które stwarzały realne zagrożenie realizacji tendencji samobójczych. Brak odpowiednich możliwości po stronie personelu Szpitala do wdrożenia takich środków wynikający z nieadekwatności oddziału, na którym przebywała A. O. nie może przemawiać za konstatacją o braku zawinienia pozwanego podmiotu leczniczego.

Rzeczywiście, tak jak wskazała biegła, trudno oczekiwać od personelu Oddziału (...) by posiadał specjalistyczną wiedzę co do skutków stosowania leków przeciwdepresyjnych, należało mieć jednak na względzie to, że Zespół (...) w C. nie miał obowiązku przyjmowania pacjentki na Oddział (...). Mógł bowiem zaproponować kobiecie przyjęcie lub przeniesienie do szpitala psychiatrycznego lub na właściwy oddział psychiatryczny. Podejmując się zaś leczenia A. O., a tym samym także sprawowania nad nią nadzoru i opieki, powinien zapewnić je na optymalnym poziomie, gwarantującym bezpieczeństwo w stopniu adekwatnym do kondycji psychicznej chorej. Chociaż personel Oddziału (...) podjął możliwe i stosowane w tej komórce środki (konsultację psychiatryczną, salę monitorowaną, nadzór przy dokonywaniu niektórych czynności), to okazały się one niewystarczające i ostatecznie nie uchroniły pacjentki przed podjęciem skutecznej próby samobójczej. W przekonaniu Sądu nie zapewniając właściwego nadzoru, w szczególności w początkowym etapie przyjmowania leku D. Szpital dopuścił się zaniedbań, w związku z czym działania personelu pozwanego należało uznać za naruszające wymaganą od podmiotu leczniczego staranność.

Przyjęcie, że w okolicznościach sprawy żądania, z którymi wystąpił M. M. okazały się usprawiedliwione co do zasady pozwalało na ocenę zasadności poszczególnych roszczeń. Uprzedzając szczegółowe rozważania należy wskazać, że w przekonaniu Sądu żądanie zadośćuczynienia, z którym wystąpił powód należało uznać za zawyżone. W zakresie, w którym nie znajdowało ono uzasadnionych podstaw należało je oddalić. Sąd nie znalazł natomiast podstaw do odmówienia zasadności roszczenia o zwrot kosztów pogrzebu, dlatego uwzględnił je w całości.

Odnosząc się do zadośćuczynienia, którego żądał M. M. należy wskazać, że podstawą prawną tego roszczenia jest art. 446 § 4 k.c., który stanowi, że sąd może przyznać najbliższemu członkowi rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Przepis ten został dodany nowelizacją z 30.5.2008 r. (Dz.U. Nr 116, poz. 731), która weszła w życie 3.8.2008 r. Nie ulega wątpliwości, że nie ma przeszkód normatywnych do jego zastosowania w okolicznościach sprawy.

Jak wskazuje się w literaturze „podstawą zasądzenia zadośćuczynienia jest spowodowanie śmierci bezpośrednio poszkodowanego czynem niedozwolonym oraz krzywda, w postaci bólu i cierpienia po stronie osób bliskich

poszkodowanemu. Pomiędzy zdarzeniem szkodzącym oraz śmiercią bezpośrednio poszkodowanego, a także między śmiercią bezpośrednio poszkodowanego a krzywdą występować musi normalny (adekwatny) związek przyczynowy (art. 361 k.c.)” (P. Sobolewski, Kodeks cywilny. Komentarz, red. K. Osajda, Legalis 2020, art. 446, Nb 51).

Nie ulega wątpliwości, że strata bliskiego członka rodziny, z którym łączyła pokrzywdzonego silna więź emocjonalna jest ogromną tragedią, którą trudno precyzyjnie wyrazić w pieniądzu. Niemniej jednak powszechnie przyjmuje się, że zadośćuczynienie przewidziane w art. 446 § 4 k.c. ma charakter kompensacyjny i stanowi przybliżony ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej w postaci doznanych cierpień wywołanych śmiercią osoby bliskiej. Zasądzone zadośćuczynienie ma w założeniu poprzez dostarczenie środków majątkowych łagodzić ujemne przeżycia pokrzywdzonego i związane z tym cierpienia psychiczne.

Ustawodawca będąc świadomym trudności dotyczących wysokości zadośćuczynienia nie sprecyzował jego kryteriów, przyjmując jedynie, że powinna to być „suma odpowiednia”.

Pozostawienie kwestii wysokości zadośćuczynienia tzw. uznaniu sędziowskiemu umożliwia rozważenie in concreto wszystkich okoliczności sprawy i zapewnia elastyczność zadośćuczynienia, nie oznacza jednak dowolności w ustalaniu należnego świadczenia. Zadośćuczynienie powinno być bowiem adekwatne do doznanego uszczerbku niemajątkowego.

W związku z tym, że legislator nie określił kryteriów „odpowiedniości”, zostały one wypracowane w judykaturze. Zalicza się do nich: rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, skalę cierpień pokrzywdzonego, intensywność i długotrwałość przeżywanych emocji, wstrząs psychiczny wywołany utratą osoby najbliższej, sposób przeżycia żałoby oraz wpływ utraty osoby najbliższej na egzystencję, zdrowie i samopoczucie osoby uprawnionej do zadośćuczynienia (por. przykładowo wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 27.11.2019 r., I ACa 272/19, Legalis).

Zważywszy, że celem zadośćuczynienia jest nie tylko zapewnienie pokrzywdzonemu należytej mu satysfakcji moralnej w postaci uznania jego krzywdy wyrokiem sądu, ale także zobowiązanie do świadczenia pieniężnego, które umożliwi pełniejsze zaspokojenie potrzeb i pragnień pokrzywdzonego, zasądzone zadośćuczynienie powinno być odpowiednio wysokie. Z drugiej jednak strony nie należy zapominać, że zadośćuczynienie pełni funkcję kompensacyjną nie powinno ono zatem prowadzić do wzbogacenia osoby uprawnionej, w związku z czym przy jego ustalaniu trzeba mieć na względzie przesłankę tzw. „przeciętnej stopy życiowej” (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 20.12.2018 r., I ACa 975/18, Legalis).

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy należało przyjąć, że pomimo znacznej szkody niemajątkowej, której powód doznał wskutek niespodziewanej śmierci matki, wysokość roszczenia, tj. kwota 300 000 zł okazała się wygórowana. Chociaż nie powinno być wątpliwości, że A. O. była dla powoda osobą bliską w rozumieniu art. 446 § 4 k.c. i matkę z synem łączyła silna więź emocjonalna, to uwzględniając kryteria przyjęte w orzecznictwie żądana suma nie zasługiwała na uwzględnienie.

Jak wynika z opinii biegłych specjalistów psychologa klinicznego K. P. oraz psychiatry A. N., którą Sąd uznał za wiarygodną i dokonał na jej podstawie ustaleń faktycznych powoda z A. O. łączyły silne i pozytywne relacje, co wynikało z tego, że była ona jedyną rodziną M. M. i wychowywała go samotnie z babką. Bardzo silne i pozytywne więzi powoda z matką były przyczyną wzmożonego przeżywania żałoby.

W przypadku powoda żaloba przekraczała granicę zwyczajowo przyjęte po śmierci osoby bliskiej i przyjęła postać reakcji adaptacyjnej na stres typu depresyjnego. Jej objawy utrzymywały się aż do wiosny 2018 r., a więc trwały dwa lata. Zaburzenia depresyjne występujące w tym czasie uniemożliwiały prawidłowe funkcjonowanie M. M. w różnych płaszczyznach jego życia. Doprowadziły do rozpadu kilkuletniego związku partnerskiego, rezygnacji z wykonywania zawodu architekta i ograniczenia się do prostych prac fizycznych oraz izolacji społecznej. Powód wymagał w tym czasie leczenia psychiatrycznego. Chociaż z opinii biegłych wynika, że obecnie już nie ujawnia zaburzeń depresyjnych i

lękowych, które rodziłyby konieczność leczenia psychiatrycznego, to nadal nie zakończył żałoby i silnie przeżywa stratę matki.

Mając na względzie wypracowane w orzecznictwie kryteria Sąd uznał, że suma odpowiednia, o której mowa w art. 446 § 4 k.c. wynosi w okolicznościach sprawy 150 000 zł. Rozważając wysokość należnego zadośćuczynienia Sąd wziął pod uwagę charakter i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego z matką, która z uwagi na fakt, że była ona jedyną osobą bliską dla M. M. była wyjątkowo silna i pozytywna, skalę oraz długotrwałość cierpień spowodowanych nagłą śmiercią A. O., które uniemożliwiły powodowi prawidłowe funkcjonowanie w życiu osobistym, zawodowym i społecznym przez około dwa lata, a także wstrząs psychiczny wywołany nagłą utratą osoby najbliższej, który przyjął postać reakcji na stres typu depresyjnego.

Zdaniem Sądu wyższa wysokość zadośćuczynienia nie byłaby uzasadniona, gdyż długotrwałe zaburzenia o charakterze depresyjnym nie wynikały wyłącznie z niespodziewanej utraty matki, ale jak wynika z opinii uzupełniającej były uwarunkowane także skłonnością powoda do reagowania na stresowe sytuacje objawami z kręgu depresyjnego. Zważywszy że u M. M. już wcześniej występowały epizody depresyjne dochodząca kwota 300 000 zł jawiła się jako nieadekwatna. Jakkolwiek nagła i tragiczna śmierć A. O. niewątpliwie silnie wpłynęła na stan psychiczny powoda, to fakt, że występowały u niego już uprzednio zaburzenia psychiczne przemawiał za obniżeniem zadośćuczynienia. Gdyby bowiem dopiero strata matki wywołała po raz pierwszy problemy natury psychicznej, to w przekonaniu Sądu taka okoliczność mogłaby przemawiać za wyższym zadośćuczynieniem.

Nie bez znaczenia dla oceny adekwatności dochodzonej kwoty pozostawał także fakt, że matka M. M. w chwili podjęcia próby samobójczej zmagiała się z chorobą nowotworową, a ponadto miała 72 lata. Zważywszy na stan zdrowia i wiek A. O. powód musiał liczyć się z ewentualnością straty ukochanej matki. Jakkolwiek byłoby to dla niego niezależnie od przyczyny śmierci bolesne doświadczenie, to musiał mieć świadomość takiej możliwości i przygotowywać się do niej psychicznie. Skoro przyjmuje się, że śmierć rodzica małego dziecka zwiększa rozmiar krzywdy, to zdaniem Sądu choroba nowotworowa, na którą cierpiała A. O. i jej zaawansowany wiek stanowiły okoliczności istotne dla oceny należnego powodowi zadośćuczynienia przemawiające za jego obniżeniem.

Sąd przy ocenie wysokości należnego zadośćuczynienia wziął wreszcie pod uwagę, że obecnie M. M. powraca do pełnionych przed śmiercią matki ról społecznych, pozostaje w satysfakcjonującym związku, został szczęśliwym ojcem, myśli również o powrocie do zawodu. Zważywszy, że nadal jest młodym człowiekiem, a jego kondycja psychiczna ulega poprawie, zdaniem Sądu kwota 150 000 zł w pełni kompensuje doznaną przez M. M. szkodę niemajątkową i spełnia kryteria sumy odpowiedniej, o której mowa w art. 446 § 4 k.c. (pkt I wyroku).

Drugie z roszczeń, którego zasądzenia w pozwie domagał się powód dotyczyło zwrotu poniesionych przez niego kosztów pogrzebu. Podstawę materialnoprawną tego żądania stanowi art. 446 § 1 k.c., który przewiduje, że jeżeli wskutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł.

W literaturze wskazuje się, że koszty pogrzebu obejmują nie tylko koszty samej ceremonii (zakup trumny, wieńców, kwiatów, mszy żałobnej), ale także nagrobka (A. Cisek, W. Dubis, w: Gniewek, Machnikowski, Komentarz, 2016, s. 907, Nb 2; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz, 2014, t. III, cz. 1, s. 572, Nb 4) oraz miejsca na cmentarzu.

Zwrot poniesionych kosztów należy się osobie, która je poniosła w granicach kosztów przyjętych zwyczajowo w grupie społecznej, do której należał zmarły. W orzecznictwie w związku z tym trafnie przyjmuje się, że jeśli koszty pogrzebu (w szczególności koszty nagrobka) były wyższe niż przyjęte w środowisku zmarłego, osoba, która poniosła te koszty, może żądać ich zwrotu do wysokości zwyczajowo przyjętej (zob. m.in. SN w wyr. z 8.8.1973 r., I CR 554/73, Legalis; w wyr. z 22.1.1981 r., II CR 600/80, Legalis oraz w wyr. z 6.1.1982 r., II CR 556/81, Legalis; wyr. SN z 9.3.2007 r., V CSK 459/06, Legalis).

Warunkiem zasadności roszczenia o zwrot kosztów pogrzebu zgodnie z brzmieniem przepisu jest ich faktyczne poniesienie, dlatego m.in. nie można żądać zwrotu kosztów nagrobka przed jego wzniesieniem (por. wyr. SN z 4.6.1998 r., II KKN 852/97, OSNC 1998, Nr 11, poz. 196).

W stanie faktycznym sprawy pozwany ubezpieczyciel zanegował zasadność dochodzenia przez powoda kosztów zwrotu pogrzebu. Wskazał, że M. M. otrzymał zasiłek pogrzebowy z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który pokrył koszty pogrzeby. Powołał się także na wyrok Sądu Najwyższego z 23.10.1973 r., II CR 549/73, w którym przyjęto, że osoba, która otrzymała zasiłek pogrzebowy nie może domagać się zwrotu tych kosztów w takim zakresie w jakim koszty te zostały pokryte zasiłkiem.

Odnosząc się do zasadności roszczenia M. M. należy wskazać, że było ono w pełni uzasadnione. Zważywszy, że jak wykazało postępowanie dowodowe powód poniósł koszty nabycia trumny i usługi pogrzebowej dla zmarłej matki w kwocie 4 280 zł (k.58), a dodatkowo ponad kwotę zasiłku pogrzebowego uzyskanego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych koszty kremacji i nagrobka dochodzona, dochodzona przez niego kwota w wysokości 4 680 zł nie mogła zostać uznana za nieadekwatną w okolicznościach sprawy. Kluczowe dla rozstrzygnięcia zasadności żądania o zwrot kosztów pogrzebu było jednak ustalenie, czy kwota odszkodowania powinna ulec obniżeniu w związku z wypłatą zasiłku pogrzebowego.

Kwestia ta nie powinna budzić obecnie wątpliwości, gdyż została ostatecznie przesądzona w uchwale pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 15.5.2009 r. III CZP 140/08 (OSNC 2009, Nr 10, poz. 132), którą to Sąd rozpoznający sprawę wraz z przytoczoną w niej argumentacją aprobuje w całości. W związku z ugruntowaną linią orzecniczą przytoczony przez pozwanego ubezpieczyciela wyrok należy uznać za nieaktualny.

Jak przyjął Sąd Najwyższy w uchwale III CZP 140/08 zasiłek pogrzebowy przewidziany w art. 77 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych nie podlega uwzględnieniu przy ustalaniu odszkodowania dochodzonego na podstawie art. 446 § 1 k.c. Sąd Najwyższy podkreślił bowiem, że „świadczenia z ubezpieczeń osobowych nie mają charakteru odszkodowawczego, przysługują w umówionej, zryczałtowanej kwocie niezależnie od wysokości szkody i tego czy szkoda w ogóle wystąpiła, ich celem nie jest zwolnienie z długu sprawcy szkody, lecz przysporzenie korzyści poszkodowanemu, składki na ubezpieczenie są płacone przez poszkodowanego lub jego zakład pracy w celu pełniejszego wynagrodzenia szkody na osobie, a nie po to, by złagodzić odpowiedzialność sprawcy”.

Mając na względzie, że powyższa uchwała jednoznacznie opowiedziała się za brakiem podstaw stosowania konstrukcji *compensatio lucri cum damno* i ograniczania lub zwalniania sprawy szkody w przypadku wypłaty zasiłku pogrzebowego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zapłaty odszkodowania, żądanie zwrotu kosztów pogrzebu należało uznać w okolicznościach sprawy za usprawiedliwione i z tej przyczyny zasądzić kwotę 4 680 zł, na którą składał się koszt trumny wraz z usługą pogrzebową (4 280 zł) oraz renowacja nagrobka i napis (400 zł). Co prawda powód tylko pierwszą z kwot wykazał dokumentem (faktura – k. 58), jednak niewątpliwie musiał też ponieść koszt sporządzenia napisu na grobie rodzinnym, w którym pochowana została matka oraz wydatki związane z jego renowacją. Wskazana w pozwie kwota 400 zł zdaniem Sądu nie może zostać uznana za wygórowaną.

W pozostałym zakresie powództwo należało uznać za nieuzasadnione i w związku z tym podlegało oddaleniu (pkt III wyroku).

O odsetkach ustawowych za opóźnienie Sąd rozstrzygnął na podstawie art. 481 § 1 k.c. Zdaniem Sądu pozwani w okolicznościach sprawy znajdowali się w opóźnieniu dopiero od 3.1.2019 r. Wcześniejsza data byłaby w przekonaniu Sądu niewłaściwa, gdyż do momentu sporządzenia opinii przez biegłą sądową z zakresu psychiatrii lek. med. specjalisty psychiatrii M. G. kwestia odpowiedzialności Zespołu (...) w C. budziła wątpliwości. Do tej chwili nie można było zatem przyjmować, że pozwani pozostają w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia. Za trafne w tym zakresie należy uznać stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z 19.7.2019 r. (II CSK 304/18, Legalis), zgodnie z którym co do terminu początkowego naliczania odsetek decyduje kryterium oczywistości żądania zadośćuczynienia. W

sytuacjach, w których odpowiedzialność za krzywdę lub też istnienie krzywdy oraz jej zakres są niejasne i konieczne jest przeprowadzenie postępowania dowodowego, uzasadnione jest przyjęcie innej daty. Sąd za taką datę uznał 3.1.2019 r., mając na względzie, że opinia biegłej została doręczona pozwanym odpowiednio 20 i 24.12.2018 r.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. Zważywszy, że niniejsze postępowanie wymagało od pełnomocników znacznego nakładu pracy w tym konieczności sporządzenia w toku postępowania znacznej liczby pism przygotowawczych oraz stawiennictwa na kilku terminach rozpraw, Sąd uznał za celowe przyznanie kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej stawce minimalnej obliczonej zgodnie z § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 265). Na podstawie art. 108 § 1 zd. 2 k.p.c. szczegółowe wyliczenie kosztów procesu Sąd pozostawił referendarzowi sądowemu po uprawomocnieniu się wyroku, ustalając przy tym, że powód ponosi koszty procesu w 49,2%, natomiast pozwani w 50,8% (pkt IV wyroku).

Z powyższych względów Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.