

Sygn. akt IC 343/16

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 października 2018 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, Wydział I Cywilny w składzie następującym:

<b>Przewodniczący</b>	<b>SSO Alina Gąsior</b>
Protokolant	st.sekr.sąd. Beata Gurdziołek

po rozpoznaniu w dniu 18 października 2018 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie

sprawy z powództwa J. M.

przeciwko Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W.

### **o zadośćuczynienie**

- zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powódki J. M. kwotę 50.000,00 (pięćdziesiąt tysięcy 00/100) złotych tytułem zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 grudnia 2015 roku do dnia zapłaty;
- oddala powództwo w pozostałej części;
- nakazuje ściągnąć od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim kwotę 2.500,00 (dwa tysiące pięćset 00/100) złotych tytułem opłaty sądowej od uwzględnionej części powództwa;
- nie obciąża powódki J. M. kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa;
- znosi wzajemnie między stronami koszty procesu.

SSO Alina Gąsior

**Sygn. IC 343/16**

## UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym w dniu 9 marca 2016 roku powódka J. M. reprezentowana przez pełnomocnika wniosła o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 90.000,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 grudnia 2015 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za śmierć jej męża, do której doszło w wyniku popełnienia błędu w sztuce lekarskiej przez lekarza pogotowia (...). Jednocześnie wniosła o zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania sądowego.

W uzasadnieniu pozwu pełnomocnik powódki wskazał, że A. M. poniósł śmierć w wyniku zdarzeń mających miejsce w nocy z 23 na 24 października 2010 roku w R.. Z powodu wystąpienia incydentu hipoglikemii do A. M. została wezwana karetka pogotowia. Jednostka, która przyjechała do pacjenta odmówiła zabrania chorego do szpitala, pomimo że był nieprzytomny. Lekarz miał wiedzę, że A. M. jest przewlekłe chory z marskością wątroby, cukrzycą, guzem na płucach, niewydolnością krążenia i w dniu 23 października został wypisany ze szpitala. Lekarz miał także świadomość, że pacjentowi podano zamiast 1 dawki insuliny po 10 jednostek, 3 dawki po 10 jednostek, czyli trzykrotnie więcej. Wobec pacjenta zastosowano leczenie przez podanie glukozy. Tej samej nocy karetka pogotowia była wezwana ponownie i wówczas nieprzytomnego pacjenta zabrano do szpitala. W szpitalu doszło do zatrzymania krążenia, podjęto akcję reanimacji i ostatecznie pacjent został przyjęty na Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii, gdzie zmarł w dniu 8 listopada 2010 roku.

Wyrokiem Sądu Rejonowego w Radomsku I. K. został uznany za winnego tego, że w nocy z 23/24 października 2010 roku będąc lekarzem karetki pogotowia i będąc obowiązany do opieki nad chorym A. M. naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu popełniając błąd medyczny decyzyjny poprzez brak decyzji o hospitalizacji A. M. i w konsekwencji pozostawiając go bez nadzoru lekarskiego, co skutkowało wystąpieniem u chorego kolejnego incydentu ciężkiej hipoglikemii.

Pozwany po zgłoszeniu szkody nie uznał odpowiedzialności ubezpieczonego I. K., mimo że został prawomocnie skazany.

W ocenie strony powodowej błąd decyzyjny lekarza karetki pogotowia skutkowało narażeniem A. M. na utratę życia.

Powódka podniosła, że śmierć męża była dla niej traumatycznym przeżyciem. W sposób nagły straciła najbliższą osobę. Od tego czasu zmuszona była pokonywać własną rozpacz i ból. Silny wstrząs psychiczny odbił się na jej zdrowiu psychicznym oraz fizycznym. Powódka popadła w depresję, zaczęła mieć problemy kardiologiczne. Rozpoczęła leczenie w (...).

W odpowiedzi na pozew wniesionej w dniu 8 kwietnia 2016 roku pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki kosztów procesu.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany podniósł, że wystąpienie u A. M. zjawiska ciężkiej hipoglikemii nastąpiło w wyniku przedawkowania insuliny, a nie w wyniku błędu decyzyjnego I. K.. Pozwany podniósł również, że z opinii sporządzonych w sprawie karnej wynika, że pacjent cierpiał na wiele schorzeń wielonarządowych, co nie pozwala na wykazanie związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zgonem pacjenta z postępowaniem lekarza pogotowia. Pozwany zakwestionował roszczenie powódki zarówno co do zasady jak i wysokości.

### ***Sąd ustalił następujący stan faktyczny:***

A. M., mąż powódki był osobą schorowaną, wielokrotnie był hospitalizowany z powodu cukrzycy typu 2, poza tym cierpiał na kardiomiopatię i wtórną niedokrwistość. W dniu 20 października 2010 roku został przyjęty do Szpitala (...) w R. z rozpoznaniem dekompensacji cukrzycy, wtórnej niedokrwistości, wyniszczenia organizmu, choroby nowotworowej. W dacie przyjęcia stan pacjenta został oceniony jako średni. Na Oddziale Wewnętrznym przebywał do dnia 23 października 2010 roku. W trakcie pobytu w szpitalu stwierdzono również u niego anemię wtórną i infekcję dróg moczowych. W dniu 23 października 2010 roku A. M. został wypisany ze szpitala z zaleceniem podawania mu dawki insuliny G. M. 30, w ilości 10 jednostek raz dziennie rano. Po powrocie do domu badanie poziomu cukru wykazało jego wartość 500. J. M. skontaktowała się telefonicznie z lekarzem w szpitalu, który polecił podanie A. M. dawki insuliny w ilości 10 jednostek, co też uczyniono.

W nocy z 23 na 24 października 2010 roku stan A. M. pogorszył się i żona wezwała pogotowie. Do pacjenta wysłano karetkę pogotowia wraz z lekarzem I. K. i dwoma ratownikami medycznymi. W wywiadzie stwierdzono, że pacjent cierpi na cukrzycę typu II insulinozależną, ma niski poziom cukru we krwi, poza tym lekarz zapisał, że pacjent jest przewlekłe chory z marskością wątroby, cukrzycą, guzem na płucach, niewydolnością krążenia i w dniu

23 października został wypisany ze szpitala. Lekarz zaznaczył również, że zamiast 1 dawki insuliny 10 jednostek rano, podawane jest choremu 3 razy dziennie po 10 jednostek. Pacjent pozostał w domu. Tej samej nocy stan zdrowia A. M. ponownie się pogorszył i jego córka ponownie wezwała pogotowie. Przyjechała karetka z tymi samymi osobami. Stwierdzono wówczas, że pacjent jest bez kontaktu i nie można oznaczyć u niego poziomu glukozy. Mimo podania choremu glukozy 40 % w ilości 250 ml jego stan nie uległ poprawie i zabrano go do szpitala. W trakcie transportu doszło u pacjenta do nagłego zatrzymania krążenia i podjęta reanimacja okazała się skuteczna. Ostatecznie nieprzytomny pacjent został przyjęty na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie zmarł w dniu 8 listopada 2010 roku, nie odzyskawszy przytomności.

**(dowód: akta karne IIK 199/13 – historia choroby – koperta k. 21, opinia Katedry i Zakładu (...) w K. – k. 74 – 78, k. 81, 82, uzasadnienie wyroku – k. 358-359).**

Przeprowadzona sekcja zwłok wykazała: miażdżycę uogólnioną dużego stopnia, szczególnie tętnic wieńcowych i mózgu, ropień zaotrzewnowy śr. 10 cm w stadium organizacji, przylegający do dolnego bieguna nerki prawej, ognisko rozmiękania w stadium organizacji podstawy płata czołowego prawej półkuli mózgu śr. 2 cm., rozmiękanie okołonaczyniowe jąder podkorowych mózgu, obrzęk mózgu z wklonowaniem migdałków mózdzku do otworu potylicznego wielkiego, blizny pozawałowe tylnej ściany lewej komory serca, rozstrzeń przerośniętej lewej komory serca, przekrwienie bierne narządów wewnętrznych, obrzęk płuc, odoskrzelowe zapalenie wszystkich płatów płuca prawego oraz górnego lewego, płyn w jamie otrzewnowej 1.500 ml, płyn w jamach opłucnowych 1.400 ml, ropień drugiego żebra prawego, nerki miażdżycowe, zrosty taśmowate górnego płata płuca lewego. Jako przyczynę zgonu wskazano niewydolność oddechową w przebiegu odoskrzelowego zapalenia płuc.

**(dowód: akta karne IIK 199/13 – historia choroby – koperta k. 21, dokumentacja medyczna – k. 200, opinia Katedry i Zakładu (...) w K. – k. 74 – 78)**

W przypadku zaistnienia ciężkiego niedocukrzenia pacjenta lekarz powinien zdecydować o przewiezieniu pacjenta do szpitala. W przypadku A. M. hipoglikemia nie była wynikiem naturalnego spadku poziomu glukozy we krwi, ale wynikiem przedawkowania przez pacjenta insuliny. Ponieważ pacjent cierpiał na wielonarządowe zmiany chorobowe powodowały one jeszcze większą nieprzewidywalność kształtowania się poziomów glikemii. Brak decyzji o hospitalizacji, a w konsekwencji brak nadzoru nad chorym skutkowało wystąpieniem u pacjenta kolejnej ciężkiej hipoglikemii i tym samym naraził pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W trakcie drugiej wizyty u chorego działanie lekarza było prawidłowe. Istnienie u A. M. licznych poważnych schorzeń wielonarządowych nie pozwala na wykazanie z całą pewnością związku przyczynowo - skutkowo pomiędzy zgonem pacjenta a postępowaniem lekarza.

**(dowód: akta karne IIK 199 - opinia Katedry i Zakładu (...) w K. – k. 76v – 78v, k. 81, 82)**

Lekarz pogotowia uważał, że pacjent do którego zostało wezwane pogotowie był w dobrym stanie i w trakcie pierwszej wizyty nie wymagał hospitalizacji. W trakcie drugiej wizyty, kiedy pacjent nie kontaktował został zabrany do szpitala.

**(dowód: zeznania świadka I. K. – nagranie na rozprawie w dniu 30 maja 2016 roku – płyta k. 102, protokół k. 99v, 100)**

W przypadku A. M., u którego nastąpił spadek poziomu cukru do poziomu 21 mg% nie przewiezienie go do szpitala było błędem, a podanie 40% glukozy niewystarczające, gdyż pacjent był leczony mieszanką dwóch insulin – I. M. (mieszanka insuliny krótkodziałającej i długodziałającej w stosunku 30/70), której czas działania trwa do kilkunastu godzin. Tak ciężka hipoglikemia wymaga hospitalizacji i uzupełnienia glukozy wlewami kroplowymi przez kilka godzin. Nie przewiezienie pacjenta do szpitala spowodowało narażenie go na utratę życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Tak ciężka hipoglikemia wielokrotnie powoduje nieodwracalne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Błędem było niepodjęcie decyzji o przewiezieniu A. M. do szpitala w czasie pierwszej wizyty lekarza pogotowia. Pacjent był schorowany, miał zmiany w wielu narządach wewnętrznych, dlatego też ustalenie związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy błędem decyzyjnym a śmiercią jest praktycznie niemożliwe. Nie jest również

możliwe określenie związku przyczynowego pomiędzy stopniem zaawansowania licznych chorób występujących u A. M. a jego śmiercią.

**(dowód: opinia biegłego internisty diabetologa M. P. – k. 114, 115, opinia uzupełniająca – k. 129)**

Przewiezienie pacjenta do szpitala w trakcie pierwszej wizyty i zastosowanie prawidłowej dawki glukozy pozwoliłoby na ustabilizowanie stanu pacjenta, natomiast nie można wykluczyć kolejnego incydentu ciężkiej hipoglikemii. Ciężka postać hipoglikemii przebiega z zaburzeniami świadomości, drgawkami, czasami śpiączką i wymaga pomocy ze strony osób trzecich.

**(dowód; opinia uzupełniająca biegłego internisty diabetologa M. P. – k.128)**

W przypadku pacjenta A. M. niemożliwym jest wskazanie konkretnej przyczyny jego zgonu. Zmarły cierpiał bowiem na wiele schorzeń wzajemnie oddziaływujących na siebie, wpływających na jego stan ogólny, poza tym chory był w złej kondycji psychofizycznej. Jako przyczynę wyjściową jego śmierci należy uznać nieodwracalne zmiany w mózgowiu spowodowane ostrym niedotlenieniem w przebiegu hipoglikemii oraz związanym z zatrzymaniem krążenia, do którego doszło krótko po przewiezieniu pacjenta karetką do szpitala. O. zapalenie płuc stanowiło powikłanie i tak już ciężkiego stanu klinicznego jako skutek długotrwałego unieruchomienia w łóżku oraz samej cukrzycy, która sprzyja rozwojowi wszelkich infekcji zapalnych.

W przypadku pierwszej wizyty lekarza karetki pogotowia, niezależnie od podania glukozy koniecznym było przewiezienie pacjenta do szpitala z uwagi na możliwość wystąpienia kolejnych tego rodzaju incydentów (hipoglikemii). Decyzja lekarza o pozostawieniu pacjenta w domu była błędna i niewłaściwa. Wizyta domowa trwała dość krótko i nie dawała możliwości należytej obserwacji stanu pacjenta. W przypadku A. M. zastosowano niewłaściwy dobór glukozy i sposób jej podania wobec rodzaju stosowanej wcześniej przez pacjenta insuliny. Jednocześnie trudno wskazać w jaki stopniu błąd lekarza udzielającego doraźnej pomocy na skutek zaniechania hospitalizacji mógł wpłynąć na pogorszenie ogólnego stanu zdrowia pacjenta.

**(dowód: opinia biegłego z zakresu medycyny sądowej Z. K. – k. 170 – 173)**

I. K. został oskarżony o to, że w nocy z 23 na 24 października 2010 roku będąc lekarzem karetki pogotowia i będąc obowiązany do opieki nad chorym A. M., działając nieумыślnie naraził go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu popełniając błąd medyczny decyzyjny poprzez brak decyzji o hospitalizacji A. M. i w konsekwencji pozostawiając go bez nadzoru lekarskiego, co skutkowało wystąpieniem u chorego kolejnego incydentu ciężkiej hipoglikemii, tj. o czyn z art. 160§ 2 i 3 kk.

Sąd Rejonowy w Radomsku w sprawie Sygn. akt IIK 199/13 przyjął, że czyn wyczerpał znamiona art. 160§ 2 i 3 kk. Postępowanie karne wobec I. K. warunkowo umorzył na okres próby 1 roku. Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim w wyniku rozpoznania apelacji I. K., utrzymał w mocy wyrok Sądu Rejonowego w Radomsku.

**(dowód: akta sprawy IIK 199/13 – wyrok Sądu Rejonowego – k. 353, uzasadnienie wyroku – k.358 – 369, wyrok Sądu Okręgowego – k. 403)**

Lekarz pogotowia (...) w dacie zdarzenia posiadał ubezpieczenie OC w Towarzystwie (...) S.A.

**(dowód: polisa k. 33)**

Ogólne warunki ubezpieczenia stanowiły w § 3, iż przedmiotem udzielonej ochrony ubezpieczeniowej jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zobowiązania umownego podjętego w zakresie posiadanych uprawnień zawodowych lub wykonywanych czynności zawodowych określonych w umowie. Odpowiedzialność (...) za szkodę musi być następstwem zdarzenia objętego ubezpieczeniem powstałego w okresie ubezpieczenia określonym w umowie. Umowa dopuszczała również objęcie ubezpieczeniem

także odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi na podstawie Szczególnych warunków ubezpieczenia (§ 3 ust 3).

**(dowód: ogólne warunki ubezpieczenia – k. 69, 69v)**

Szczególne warunki ubezpieczenia stanowiące integralną część ogólnych warunków regulowały w § 3, iż ochronę ubezpieczeniową udzielaną przez (...) rozszerza się o odpowiedzialność cywilną Ubezpieczającego, między innymi, za szkody wyrządzone w związku z wykonywaniem czynności zawodowych:

- 1) osobom trzecim z tytułu czynu niedozwolonego,
- 2) do naprawienia których Ubezpieczający będzie zobowiązany przez zatrudniający go zakład opieki zdrowotnej, który wypłacił odszkodowanie bezpośrednio poszkodowanemu.

**(dowód: szczególne warunki ubezpieczenia – k. 73)**

Przed śmiercią A. M. powódka mieszkała wraz z mężem i córką oraz jej dziećmi. Pozostałe dzieci mieszkały osobno. Wraz z mężem powódka była rodziną zastępczą dla wnuków. Powódka tworzyła ze zmarłym zgodną rodzinę, mąż wspierał ją, pomagał kiedy wiele lat temu zachorowała na nowotwór. Opiekował się wnukami. Powódka bardzo przeżyła śmierć męża, ciągle wszystkie przedmioty w domu przypominają jej zmarłego. Jej życie uległo zmianie po śmierci męża. Powódka zamknęła się w sobie, nie odzywała się. Powódka straciła wszystkie dzieci, które zmarły. Jeden syn zginął w wypadku, córka zmarła po długiej chorobie i drugi syn również zginął w wypadku. Powódka zaczęła leczyć się psychiatrycznie po śmierci syna, a jej stan pogarszał się po kolejnych ciężkich przeżyciach związanych ze śmiercią najbliższych. Po śmierci męża powódka nie leczyła się psychiatrycznie i nie korzystała z porad psychologa. Leki uspokajające przepisywał jej lekarz rodzinny. Dostała wsparcie w rodzinie. Jej stan psychiczny jest związany z przeżywaniem utraty wszystkich najbliższych. Po śmierci męża razem z powódką zamieszkał jej brat, który był bezdomny. Powódka ma jeszcze jednego brata, który mieszka w R..

W kwietniu 2014 roku powódka przebywała jeden dzień w szpitalu na Oddziale Neurologicznym z powodu bólu głowy i zaburzeń depresyjnych. W grudniu 2014 ponownie trafiła do szpitala z powodu bóli głowy i depresji.

Obecnie nie leczy się psychiatrycznie i stara się radzić sobie sama. Generalnie powódka czuje się dobrze, jednak są dni kiedy nie może spać i wówczas zażywa leki nasenne. Ciągle pozostaje pod opieką onkologiczną.

**(dowód: oświadczenie powódki – k. 43, karty informacyjne – k. 45 – 47, zeznania świadka W. K. – nagranie na rozprawie w dniu 30 maja 2016 roku – płyta k. 102, protokół k. 100, 100v, zeznania powódki na rozprawie w dniu 18 października 2018 roku – nagranie płyta k. 213, protokół k. 211v, 212)**

Powódka reprezentowana przez (...) Instytut (...) zgłosiła szkodę pozwanemu w piśmie z dnia 3 listopada 2015 roku. W piśmie z dnia 16 listopada 2015 roku pozwany zażądał złożenia dodatkowych dokumentów. W piśmie z dnia 7 grudnia 2015 roku pozwany zajął stanowisko, że przyczyną niemożności zaspokojenia roszczenia jest brak ustalonej odpowiedzialności pozwanego. W piśmie z dnia 8 lutego 2016 roku pozwany zajął stanowisko, że brak jest podstaw do uznania roszczeń powódki.

**(dowód: zgłoszenie szkody – k. 34, 35, pisma pozwanego – k. 36, 39, 40)**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych dowodów. Sąd uznał, że opinie biegłych są wyczerpujące, odpowiadają na wszystkie pytania Sądu, poza tym w swoich wnioskach końcowych są zbieżne z opiniami sporządzonymi w sprawie karnej. Sąd nie uznał za zasadne zobowiązanie biegłego z zakresu medycyny sądowej, aby udzielił odpowiedzi na kolejne pytania zawarte w piśmie pełnomocnika pozwanego z dnia 25 kwietnia 2018 roku, uznając że na większość z tych pytań biegły udzielił już odpowiedzi, poza tym pozwany, znając wcześniejsze opinie miał ewentualną możliwość zadania konkretnych pytań biegłemu przed dopuszczeniem dowodu. Dopuszczenie

dowodu z kolejnej uzupełniającej opinii biegłego nie przyczyniłoby się do wyjaśnienia sprawy i doprowadziłoby do jej nadmiernego przedłużenia.

### **Sąd zważył co następuje:**

W ocenie Sądu powództwo zasługuje na uwzględnienie co do zasady i częściowo co do wysokości.

Roszczenie powódki ma charakter odszkodowawczy i jest wywodzone z faktu popełnienia deliktu przez pracownika pogotowia (...), który w dacie zdarzenia posiadał ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym Towarzystwie. Warunki odpowiedzialności pozwanego zostały uregulowane w ogólnych i szczególnych warunkach ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu odpowiedzialność Ubezpieczającego – pozwanego Towarzystwa jest uzależniona od wykazania przesłanek z art. 415 k.c., w stosunku do osoby podlegającej ubezpieczeniu, a zatem w niniejszej sprawie lekarza pogotowia, który udzielał pomocy A. M..

Odpowiedzialność odszkodowawcza wynika z treści przepisu art. 415 k.c. i opiera się na trzech przesłankach w postaci: bezprawności działania lub zaniechania, winy osoby, która dopuściła się bezprawnego działania lub zaniechania i szkodzi będącej normalnym następstwem bezprawnego i zawinionego działania lub zaniechania.

W niniejszej sprawie z zebranego materiału dowodowego wynika, że lekarz pogotowia (...), wezwany do chorego w nocy z 23 na 24 października 2010 roku popełnił błąd decyzyjny, nie zabierając pacjenta do szpitala w trakcie pierwszej wizyty. A. M. doznał ciężkiej hipoglikemii, a podanie mu glukozy w wielkości 40% było niewystarczające.

Nie przewiezienie pacjenta do szpitala spowodowało narażenie go na utratę życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu.

Faktem jest, że pacjent był schorowany, miał zmiany w wielu narządach wewnętrznych, jednak jak stwierdziła biegła diabetolog ciężka hipoglikemia wielokrotnie powoduje nieodwracalne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Zdaniem Sądu okoliczność, że pacjent cierpiał na wiele innych schorzeń tym bardziej powinna skutkować decyzją o zabraniu go do szpitala przy stwierdzonej hipoglikemii, niezależnie co było jej przyczyną.

Przewiezienie pacjenta do szpitala w trakcie pierwszej wizyty i zastosowanie prawidłowej dawki glukozy pozwoliłoby na ustabilizowanie stanu pacjenta, co podkreślił w swojej opinii biegły z zakresu medycyny sądowej.

Chociaż biegły podał jednocześnie, że nie można było wykluczyć kolejnego incydentu ciężkiej hipoglikemii, to jednak pobyt pacjenta w szpitalu pozwoliłby na wdrożenie właściwego, szybkiego leczenia, co w przypadku tak schorowanej osoby mogło mieć decydujące znaczenie.

W przypadku pacjenta A. M. niemożliwym jest wskazanie konkretnej przyczyny jego zgonu. Zmarły cierpiał bowiem na wiele schorzeń wzajemnie oddziaływujących na siebie, wpływających na jego stan ogólny, poza tym chory był w złej kondycji psychofizycznej. Jako przyczynę wyjściową jego śmierci należy uznać nieodwracalne zmiany w mózgowiu spowodowane ostrym niedotlenieniem w przebiegu hipoglikemii oraz związanym z zatrzymaniem krążenia, do którego doszło krótko po przewiezieniu pacjenta karetką do szpitala.

Decyzja lekarza o pozostawieniu pacjenta w domu była błędna i niewłaściwa. Wizyta domowa trwała dość krótko i nie dawała możliwości należytej obserwacji stanu pacjenta. W przypadku A. M. zastosowano niewłaściwy dobór glukozy i sposób jej podania wobec rodzaju stosowanej wcześniej przez pacjenta insuliny.

Z opinii biegłych wydających opinie w niniejszej sprawie, tj. biegłego diabetologa i biegłego z zakresu medycyny sądowej, jak również z opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w K. sporządzającego opinię w sprawie karnej wynika bezspornie, że lekarz pogotowia popełnił błąd decyzyjny, nie zabierając chorego do szpitala w trakcie pierwszej wizyty. Konsekwencją takiej decyzji lekarza było pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, który ostatecznie

stracił przytomność, nastąpiło u niego zatrzymanie krążenia i była podjęta akcja reanimacyjna. Ostatecznie chory nie odzyskał przytomności i po kilku dniach zmarł w szpitalu.

W orzecznictwie i literaturze przyjmuje się, że w przypadku błędów lekarskich wystarczające jest wykazanie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa w celu wykazania sposobu i drogi zakażenia organizmu, bez konieczności ścisłego udowodnienia jaką drogą organizm został zakażony (por. wyrok Sądu N. z dnia 22 lutego 2012 r w sprawie IV CSK 245/11 wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 8 lipca 2016 r w sprawie I ACa 360/16, wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 29 września 2014 r w sprawie I ACa 233/14). W niniejszej sprawie nie jest zatem konieczne ścisłe wykazanie, że śmierć pacjenta była wynikiem błędu decyzyjnego lekarza pogotowia, natomiast wnioski zawarte w opiniach biegłych pozwalają na wysnucie wniosku, że błąd decyzyjny lekarza skutkowało pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji jego zgonem, niezależnie od innych chorób na które cierpiał i które również prowadziły do wyniszczenia jego organizmu.

Bezprawność w prawie cywilnym oznacza sprzeczność zachowania się sprawcy z przepisami prawa zawartymi w różnych jego gałęziach oraz z zasadami współżycia społecznego, czy też dobrymi obyczajami (por. np. W. Czachórski, w: System Prawa Cywilnego, t. III, cz. 1, Ossolineum 1981, s. 533-534, Z. Radwański, Zobowiązania – część ogólna, Warszawa 2001, s. 170 i nast.; G. Bieniek, w: Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I, Warszawa 2009, s. 294; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357; wyrok SN z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95; wyr. SN z 20.1.2009, II CSK 423/08, Legalis). Dominujące w polskiej nauce i praktyce szerokie ujęcie bezprawności związane jest z tradycyjnym zaliczaniem do kryteriów bezprawności nie tylko przepisów ustawy, ale i wyznaczających reguły ostrożności zasad współżycia społecznego, zasad wykonywania zawodu, czy też zdrowego rozsądku (por. R. Longchamps de Brier, Zobowiązania, s. 231 i nast.; M. Sośniak, Bezprawność zachowania, s. 102 i nast.; W. Czachórski, w: System, t. III, cz. 1, s. 533 i nast.; W. Czachórski Zobowiązania. Zarys wykładu. Warszawa 2004, s. 202; G. Bieniek, w: Komentarz 2009, I, s. 296-297; A. Olejniczak, w: Kidyba, Komentarz KC 2010, III, s. 357). W innym ujęciu za bezprawne należy uznać każde zachowanie naruszające dobra podmiotu prawa cywilnego, z którego wynika szkoda, tak długo, jak długo nie zachodzi dodatkowa okoliczność, z którą przepis prawa lub powszechnie uznane zasady wiążą wyłączenie bezprawności (por. B. Lanckoroński, w: K. Osajda, Kodeks cywilny. Komentarz. Warszawa 2013, Legalis, komentarz do art. 415, Nb 43 i powołana tam literatura).

W ocenie Sądu lekarz pogotowia, mimo ciężącego na nim prawnego obowiązku podejmowania działań służących ochronie zdrowia pacjenta popełnił błąd decyzyjny, pozostawiając pacjenta z ciężką hipoglikemią w domu, co skutkowało pogorszeniem jego stanu zdrowia i kolejnymi powikłaniami, a w konsekwencji zatrzymaniem krążenia i koniecznością jego reanimacji. Postępowanie dowodowe wykazało, że nie przewiezienie chorego do szpitala spowodowało narażenie go na utratę życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. W konsekwencji Sąd uznał, iż nie podjęcie decyzji przez lekarza pogotowia o transporcie chorego do szpitala było zaniechaniem bezprawnym, podjętym wbrew obowiązującym standardom medycznym.

Przyjęcie winy jako przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej oznacza, że podstawą zasądzenia odszkodowania będzie każdy najmniejszy nawet stopień zawinięcia, a więc do granic culpa levissima. Według dominującej obecnie w nauce prawa cywilnego teorii normatywnej wina sprowadza się najogólniej do możliwości postawienia sprawcy zarzutu niewłaściwego zachowania się. Przy takim założeniu niedbalstwo ocenia się według zobiektywizowanego kryterium staranności (stosowanie miernika in abstracto). W odniesieniu do szkody wyrządzonej przez lekarza Sąd Najwyższy wskazał, iż w takich przypadkach wzorzec staranności wyznaczany jest przez wiele indywidualnych czynników, takich jak: "(...) kwalifikacje (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres kształcenia się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia (...)" (por. wyr. SN z 10.2.2010 r., V CSK 287/09, OSP 2012, Nr 10, poz. 95).

W świetle przytoczonych rozważań, w rozpoznawanej sprawie, niewłaściwe postępowanie lekarza pogotowia, a właściwie brak decyzji o przewiezieniu pacjenta do szpitala i zastosowanie niewłaściwego leczenia, było sprzeczne z obiektywnym wzorcem należytej staranności lekarza.

Wobec powyższego zachodzą podstawy do postawienia lekarzowi pogotowia zarzutu bezprawnego zachowania i zaniechania.

Należy również wskazać, że w stosunku do lekarza I. K. było prowadzone postępowanie karne, które zakończyło się warunkowym umorzeniem postępowania. W świetle obowiązujących przepisów warunkowe umorzenie nie wiąże Sądu w sprawie cywilnej, stosownie do regulacji art. 11 k.p.c., jednak rozstrzygnięcie Sądu w sprawie karnej dowodzi, iż Sąd uznał, że zachowanie I. K. wyczerpało znamiona czynu opisanego w art. 160 § 3 k.k. w związku z art. 160 § 2 k.k., natomiast zastosował wobec niego warunkowe umorzenie postępowania.

W konsekwencji Sąd uznał, że pomiędzy zaniechaniem lekarza pogotowia i jego błędem decyzyjnym, a pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta nastąpił związek przyczynowy, który w konsekwencji doprowadził do jego śmierci. Niezależnie od wielu innych schorzeń, na które cierpiał A. M., to właśnie incydent ciężkiej hipoglikemii doprowadził do znacznego pogorszenia jego stanu zdrowia, zwłaszcza że ciężka hipoglikemia powoduje nieodwracalne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego. Biegły z zakresu medycyny sądowej stwierdził, że właśnie przyczyną wyjściową, która doprowadziła do zgonu pacjenta były nieodwracalne zmiany w mózgowiu spowodowane ostrym niedotlenieniem w przebiegu hipoglikemii.

Z uwagi na spełnienie wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej określonych w przepisie art. 415 k.c. Sąd uznał, że zasadna jest odpowiedzialność ubezpieczonego lekarza pogotowia, a w konsekwencji również odpowiedzialność pozwanego Towarzystwa, w którym lekarz posiadał umowę ubezpieczenia OC.

Wobec spełnienia przesłanek odpowiedzialności z art. 415 k.c., uzasadnione jest roszczenie powódki zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia na podstawie art. 446 § 4 k.c.

Przepis art. 446 § 4 k.c. stanowi, iż Sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Przesłanki do wystąpienia z roszczeniem o zadośćuczynienie w trybie art. 446 § 4 k.c. są analogiczne jak przesłanki dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego określone w art. 445 k.c., przy czym zadośćuczynienie przyznawane na podstawie art. 446 § 4 k.c. ma zrekompensować straty niemajątkowe wywołane przez śmierć najbliższego członka rodziny.

W niniejszej sprawie chodzi niewątpliwie o krzywdę spowodowaną cierpieniami psychicznymi powódki z powodu śmierci męża.

Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Obejmuje ono wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne występują w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i winno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, ponieważ mowa jest o „odpowiedniej sumie tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”, przyznawaną jednorazowo.

Przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, natomiast zostały one wypracowane przez judykaturę, zwłaszcza Sąd Najwyższy. Określając wysokość zadośćuczynienia, Sąd powinien wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień fizycznych i psychicznych, wiek poszkodowanego, niemożność wykonywania zawodu.

Zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma więc przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Wysokość ta nie może być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach (tak SN w wyroku z dnia 26 lutego 1962 r., IV CR 902/61, OSNCP z 1963 r., poz. 105 OSP i KA z 1966 r., poz. 92 w wyroku z dnia 22 marca 1978 r., IV CR 79/79).



Przytoczone orzecznictwo, wydane na gruncie art. 445 k.c. ma przez analogię zastosowanie do zadośćuczynienia przyznawanego na podstawie art. 446.

Niewątpliwym jest, że nagła śmierć męża spowodowała u powódki poczucie krzywdy, bólu i osamotnienia. Powódka mieszkała wraz z mężem i razem z nim byli rodziną zastępczą dla dzieci swojej córki. Zmarły mąż był dla powódki wsparciem, zwłaszcza gdy zachorowała na nowotwór, poza tym wspierał ją w życiu codziennym i pomagał w wychowaniu wnuków. Po jego śmierci powódka stała się osobą zamkniętą, miała problemy ze snem, nie mogła i nadal nie może pogodzić się ze śmiercią najbliższej jej osoby. Poczucie żalu i osamotnienia jest u powódki spotęgowane również tym faktem, że po śmierci męża straciła wszystkie swoje dzieci, synowie zginęli w wypadku, a córka zmarła po długiej chorobie. Powódka nie mogła zatem liczyć na wsparcie swoich najbliższych i po śmierci dzieci zaczęła leczenie psychiatryczne. Miała też problemy kardiologiczne i ciągle pozostaje pod opieką onkologa. W swoim bólu i cierpieniu powódka została sama, z tym że po śmierci męża zamieszkał z nią jeden z braci. Aktualnie stan psychiczny powódki uległ pewnej poprawie, jednak nadal odczuwa ból i osamotnienie, odwiedza grób męża, natomiast stara się nie zażywać środków farmakologicznych, próbując radzić sobie samej.

Należy wskazać, że stan psychiczny powódki jest wynikiem wszystkich traumatycznych przeżyć, związanych ze stratą zarówno męża jak i dzieci i zdaniem Sądu nie jest możliwe oddzielenie stanu przeżywania żałoby po śmierci poszczególnych najbliższych powódce członków rodziny.

Mając na uwadze przytoczone okoliczności Sąd uznał, iż zasadnym jest przyznanie powódce tytułem zadośćuczynienia kwoty 50. 000 złotych, która to kwota będzie odczuwalna ekonomicznie i pozwoli zrekompensować doznaną krzywdę.

W pozostałym zakresie Sąd oddalił powództwo o zadośćuczynienie jako zbyt wygórowane i niezasadne.

Ustawowe odsetki od kwoty zasądzonej tytułem zadośćuczynienia Sąd zasądził na podstawie art. 481 § 1 i § 2 k.c. w związku z art. 817 § 1 k.c.. od dnia 5 grudnia 2015 roku, tj. od dnia, w którym upłynął trzydziestodniowy termin na spełnienie świadczenia przez pozwanego, licząc od zgłoszenia szkody pozwanemu w dniu 4 listopada 2015 roku.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. Powództwo zostało uwzględnione w około 50% i dlatego też Sąd zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu.

Jednocześnie Sąd na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w związku z art. 100 k.p.c. obciążył pozwanego opłatą sądową w kwocie 2.500,00 zł od uwzględnionej części powództwa.

Sąd na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powódki kosztami sądowymi od oddalonej części powództwa, mając na uwadze charakter dochodzonego roszczenia i wyjątkowo trudną sytuację rodzinną, zdrowotną i majątkową powódki.

SSO Alina Gąsior

z/ odpisy doręczyć pełnomocnikom stron.

SSO Alina Gąsior