

UZASADNIENIE WYROKU

Powód T. G. (1) wniósł przeciwko pozwanym solidarnie: W. G. oraz Szpitalowi (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w G. pozew o zapłatę kwoty 70.000 zł tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia odpisu pozwu oraz kosztów postępowania. Wskazał, że z M. M. (1) prowadził wspólne gospodarstwo domowe, pozostając z konkubinacie przez około 34 lata. Pomimo, iż nie zawarli związku małżeńskiego, tworzyli przez ten czas wspólnotę - duchową, fizyczną i gospodarczą, wychowali roje dzieci M. M. (1). We wrześniu 2008r. stan zdrowia M. M. (1) znacznie się pogorszył, odczuwała ona silne bóle brzucha, w związku z tym skierowano ją na badania przewodu pokarmowego, po których stwierdzono na 40 cm elastyczne przewężenie nie przepuszczające aparatu. Podjęto decyzję o skierowaniu jej na konsultację chirurgiczną. W dniu 3 października 2008r. została ona przyjęta w trybie pilnym do pozwanego Szpitala na oddział chirurgiczny z objawami niedrożności przewodu pokarmowego. W dniu 8 października 2008r. wykonano u niej zabieg operacyjny polegający na usunięciu guza z częściowym wycięciem jelita grubego z jednoczesnym jego zespoleniem. Zabieg ten wykonał chirurg W. G.. Po zabiegu leczenie M. M. (1) przebiegało bez powikłań, podawano jej leki przeciwbólowe i antybiotyki, odżywiana była pozajelitowo do 15 października 2008r. Wypisana została ze szpitala w dniu 16 października 2008r. po uprzednim zbadaniu jej stanu zdrowia, który określono na dobry. Po powrocie do domu uskarżała się ona jednak na bóle brzucha, przyjmowane pokarmy zwracała. Z tego powodu w dniu 18 października 2008r. została przewieziona karetką pogotowia na izbę przyjęć pozwanego Szpitala. Na oddział przyjął ją wówczas W. G., wykonano wówczas badanie rtg jamy brzusznej oraz badanie fizykalne, nie stwierdzono objawów niedrożności przewodu pokarmowego. M. M. (1) wypisano receptę na leki rozkurczowo-przeciwbólowe, nie została jednak przyjęta do szpitala, odesłano ją do domu. W dniu 19 października 2008r. M. M. (1) nadal odczuwała bardzo silne bóle brzucha, które nasilały się powodując wymioty. W związku z tym karetką pogotowia została po raz kolejny przewieziona do szpitala, gdzie była diagnozowana i leczona przez kilka godzin na izbie przyjęć. W tym dniu przyjęła M. M. (1) internista B. M., która stwierdziła u niej bolesny wzdęty brzuch z bardzo cichą perystaltyką. Objawy otrzewnowe były ujemne, a z rany sączyła się żółto podbarwiona wydzielina. Lekarka opisała jej stan jako przedwstrząsowy, podejrzewając zator krezki i niedrożność przewodu pokarmowego. Dyżurnym chirurgiem był wówczas W. G.. Po zbadaniu pacjentki kazał podać jej kroplówkę rozkurczową oraz lek M., który powoduje wzmocnienie perystaltyki jelit. Zlecił też wykonanie zdjęcia rtg jamy brzusznej, na którym w przewodzie pokarmowym widoczne były pojedyncze poziomy płynów. Na skutek tego stwierdził, że stan pacjentki podobny jest do tego z dnia wcześniejszego, zasugerował zwolnienie jej do domu. Internista B. M. nie zgodziła się na to, Po interwencyjnym zbadaniu pacjentki przez ordynatora oddziału wewnętrznego J. P. przyjęto M. M. (1) na oddział wewnętrzny, pacjentka była wówczas w stanie wstrząsu z podejrzeniem niedrożności przewodu pokarmowego i zatoru krezki jelita. Wdrożono leczenie przeciwbólowe, podawano płyny infuzyjne, wdrożono leczenie przeciwstrząsowe i antybiotykoterapię. Przeniesiono pacjentkę na salę intensywnego nadzoru, gdzie stan jej zdrowia była stale monitorowany. Konsultujący ją ponownie W. G. wskazał, że stan pacjentki nie kwalifikuje jej do przyjęcia na oddział chirurgiczny i nie zdecydował o przeprowadzeniu operacji. W dniu 20 października 2008r. o godzinie 01.10 M. M. (1) zmarła. Z przeprowadzonej sekcji zwłok wynikało, że przyczyną zgonu było ropne zapalenie otrzewnej w przebiegu częściowego rozejścia zespolenia chirurgicznego. Bezpośrednią przyczyną zgonu była niewydolność krążeniowo-oddechowa powstała na podłożu pogłębiającego się wstrząsu septycznego. Przyczynę wyjściową było narastające ropne zapalenie otrzewnej spowodowane rozejściem się zespolenia jelitowego. W. G. powinien był powiązać bóle brzucha z przeprowadzoną operacją i uwzględnić możliwość powikłań pooperacyjnych, jak to stwierdzili biegli z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej (...) w Ł., zaś decyzja o odstąpieniu od zabiegu operacyjnego oraz decyzja o podaniu środka przyspieszającego perystaltykę jelit naraziły M. M. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, doprowadzając w końcu do śmierci. W. G. został wyrokiem Sądu Rejonowego w Gryfinie z dnia 25 listopada 2011r. w sprawie II K 308/10, zmienionym następnie wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 22 maja 2012r. IV Ka 216/12 uznany za winnego nieumyślnego narażenia M. M. (1) na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. czyn z art.160§3 kk i na tej podstawie wymierzono mu karę 10 miesięcy pozbawienia wolności. Zdaniem powoda na tej podstawie sąd związany jest treścią tego wyroku karnego, zaś pozwany Szpital jako

zwierzchnik na podstawie art.430 k.c. odpowiada na zasadzie ryzyka, zatem nie jest konieczne wykazanie winy po stronie zwierzchnika. Powód dochodzi zadośćuczynienia na podstawie art.446§4 k.c. za śmierć osoby najbliższej.

Pozwany W. G. nie wdał się w spór co do istoty sprawy, nie wyraził swego stanowiska w sprawie i nie stawiał się na żadną rozprawę, co do niego zatem istniały podstawy do wydania wyroku zaocznego.

Pozwany Szpital (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w G. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa jako niezasadnego, kwestionując je co do zasady i co do wysokości. Podniósł zarzut przedawnienia roszczenia powoda, wskazując, że powód o szkodzie i osobie odpowiedzialnej za nią dowiedział się w dniu śmierci M. M. (1), tj. 20.10.2008r., zatem bieg 3-letniego terminu przedawnienia roszczenia z czynu niedozwolonego zakończył się 20.10.2011r. Zakwestionował także istnienie roszczenia powoda na podstawie art.446§4 k.c., kwestionując, by powód był najbliższym członkiem rodziny M. M. (1) i wskazując, że przepis ten dotyczy wyłącznie członków rodziny zmarłego, tj. osób połączonych ze zmarłym węzłem pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia. Dalej pozwany zanegował istnienie swej odpowiedzialności na podstawie art.415 k.c., podnosząc brak winy pozwanego Szpitala za szkodę powoda, gdyż sam Szpital nie dopuścił się żadnego zaniedbania. Zakwestionował także istnienie odpowiedzialności na podstawie art.430 k.c. wskazując, że pozwana dopełniła swych obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia zmarłej pacjentki: na 3 lekarzy zajmujących się pacjentką dwóch z należytą starannością wykonywało swoje czynności, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, pacjentka została zbadana i skierowano ją na badania dodatkowe, przez cały czas lekarze obserwowali i monitorowali stan pacjentki. Zatem nie można mówić w tym wypadku o jakichkolwiek zaniedbaniach organizacyjnych po stronie pozwanego Szpitala związanych z wadliwą organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, które stanowiłyby podstawę odpowiedzialności z art. 430 k.c. Art.430 k.c. stanowi o tzw. odpowiedzialności za cudzy czyn, zaś pozwany Szpital i lekarza W. G. łączyła wówczas umowa cywilnoprawna. Lekarz wykonuje wolny zawód i przy wykonywaniu tego zawodu podejmuje decyzje samodzielnie, dlatego nie można mówić istnieniu stosunku podległości W. G. w stosunku do pozwanego Szpitala, zaś kontrola wyników działań świadczeniodawcy, tj. lekarza, nie przesądza o podporządkowaniu pracowniczym. Pozwany zakwestionował również samą kwotę dochodzoną pozwem podnosząc, że jest ona rażąco zawyżona.

Pismem z dnia 14 maja 2015r. Sąd na wniosek Szpitala (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w G. zawiadomił ubezpieczyciela pozwanego Szpitala o toczącym się postępowaniu, umożliwiając w ten sposób wstąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego, jednakże (...) S.A. w W. nie skorzystało z tego prawa.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. M. (1) pozostawała w konkubinacie z T. G. (1) przez 34 lata. Nie zawarli nigdy związku małżeńskiego, jednakże przez te wszystkie lata prowadzili wspólne gospodarstwo domowe. Zamieszkiwali w G. przy ul. (...). Połączyła ich miłość i chęć wspólnego spędzenia życia. Przez ten czas tworzyli dobrze dobraną, zgodną i kochającą się parę, tworząc wspólnotę duchową, fizyczną i gospodarczą. T. G. (1) nazywał M. M. (1) żoną, wobec znajomych, sąsiadów, a nawet dzieci M. M. (1), funkcjonowali jak małżeństwo i tak byli traktowani przez otoczenie. Dzieci M. M. (1) traktowały T. G. (1) jak ojca. Kontakt z córką I. istnieje do dzisiaj, zaś z drugą córką J. istniał do czasu gdy córka nie porzuciła swej rodziny, nie zaniedbała tych relacji, na co matka M. M. (1) i T. G. (1) nie zgadzali się. Wówczas J. zerwała całkowicie kontakt z matką i powodem. M. M. (1) i T. G. (1) byli zgraną parą, dobrze rozumieli się. M. M. (1) była otwarta, wesoła i towarzyska, T. G. (1) bardziej cichy i wycofany, wzajemnie uzupełniali się. M. M. (1) była niejako animatorką życia towarzyskiego w ich rodzinie, organizowała życie domowe i rodzinne. T. G. (1) pracował zawodowo, zarabiał na utrzymanie swojej i M. M. (1). M. M. (1) przez pierwszy okres związku nie pracowała, wspólnie podjęli decyzję o tym, że powód będzie zarabiał an życie, a ona zajmie się domem i wychowaniem dzieci. Następnie podjęła pracę i pracowała jako dozorczyni w firmie, w której zatrudniony był powód, potem przeszła na rentę, następnie na emeryturę. Przez cały okres trwania swego związku mieszkali razem, w mieszkaniu komunalnym, które razem utrzymywali, mieli wspólnotę gospodarczą, wspólny budżet. T. G. (1) i M. M. (1) przez te wszystkie lata funkcjonowali jako małżeństwo i to niezwykle dobre, szanujące się, udane. Istniało pomiędzy nimi poczucie bliskości i wspólności, silne więzy emocjonalne i uczuciowe. M. M. (1) zaspokajała ważne potrzeby emocjonalne powoda: przynależności,

stałości, bliskości i miłości. Powodowi odpowiadało, jak ona organizuje życie rodzinne i domowe. Przez otoczenie uznawani byli za niezwykle dobre, udane małżeństwo, emocjonalnie związane ze sobą. Sami też tak to odczuwali.

Dowód:

- zeznania świadka I. S. k.143-145;
- zeznania świadka T. W. k.146-147;
- zeznania świadka K. B. k.145-146;
- przesłuchanie powoda T. G. (1) k.421-422;
- historia choroby k.75-77;
- opinia biegłej psycholog M. B. k.397-402.

We wrześniu 2008r. stan zdrowia M. M. (1) pogorszył się, miała problemy z wypróżnianiem i odczuwała bóle brzucha. Przeprowadzono w związku z tym badania przewodu pokarmowego, po których stwierdzono na 40 cm elastyczne przewężenie nie przepuszczające aparatu. Została podjęta decyzja o skierowaniu M. M. (1) jej na konsultację chirurgiczną, a po niej wydano skierowanie do szpitala na zabieg operacyjny. W dniu 3 października 2008r. została ona w trybie pilnym przyjęta do Szpitala (...) sp. z o.o. w G. na oddział chirurgiczny z objawami niedrożności przewodu pokarmowego z powodu guza jelita grubego. W dniu 8 października 2008r. wykonano u niej zabieg operacyjny polegający na usunięciu guza z częściowym wycięciem jelita grubego (zstępnicy i esicy) z jednoczesnym jego zespoleniem. Zabieg ten wykonał chirurg W. G. w asyście chirurga A. S..

Po zabiegu operacyjnym leczenie M. M. (1) przebiegało bez powikłań, podawano jej leki przeciwbólowe i antybiotyki, odżywiana była pozajelitowo do 15 października 2008r., pacjentka nie gorączkowała, rana goiła się prawidłowo. Wypisana została ze szpitala w dniu 16 października 2008r. w stanie ogólnym dobrym. Jednakże po powrocie do domu uskarżała się ona na bóle brzucha i nudności, które nie ustępowały, miała także duszności i zwracała przyjmowane pokarmy. Z tego powodu w dniu 18 października 2008r. T. G. (1) wezwał do niej karetkę pogotowia, którą została przewieziona na izbę przyjęć pozwanego Szpitala (...) w G.. Tam na oddziale chirurgicznym przyjął ją wówczas W. G., zbadał ją, zlecił wykonanie zdjęcia RTG jamy brzusznej, w badaniu podmiotowym stwierdził miękką wolną, tkliwą brzuch ze słyszalną perystaltyką. Na wykonanym zdjęciu RTG przeglądowym jamy brzusznej nie stwierdzono zmian, w związku z tym zalecono dalszą kontrolę w warunkach ambulatoryjnych, nie przyjmując jej do szpitala. M. M. (1) przepisano receptę na leki rozkurczowo-przeciwbólowe.

Ponieważ pomimo przyjmowania przepisanych leków stan zdrowia M. M. (1) w kolejnych godzinach nie ulegał żadnej poprawie, a wręcz się pogarszał, w dniu 19 października 2008r. około godziny 11 karetką pogotowia została po raz kolejny przewieziona do szpitala, gdzie na izbie przyjęć szpitala znowu była diagnozowana. Przyjęła M. M. (1) lekarz internista B. M., która stwierdziła u niej bolesny wzdęty brzuch z bardzo cichą perystaltyką. Objawy otrzewnowe były ujemne, a z rany sączyła się żółto podbarwiona wydzielina. Lekarz opisała jej stan jako przedwstrząsowy, podejrzewając zator krezki i niedrożność przewodu pokarmowego. Poprosiła o konsultację chirurgiczną. Około godz. 13.00 konsultował ją W. G., dyżurny chirurg na oddziale chirurgicznym, któremu chora zgłaszała ból brzucha, pleców oraz obu barków. Lekarz stwierdził wzdęty i tkliwy brzuch, nie stwierdził jednak objawów otrzewnowych, a perystaltyka była słyszalna. Zalecił podanie płynów oraz leku M. i przeprowadzenie konsultacji internistycznej. Badający ją anesteziolog stwierdził, że chora wymiotuje brunatną treścią, a jej stan jest ciężki (ciśnienie skurczowe 60 mmzHg a rozkurczowe nieznaczalne, tętno przyśpieszone do 110/min, brak diurezy, brzuch wzdęty miękką ze słyszalną perystaltyką), w związku z czym zlecił farmakoterapię. Kolejna konsultacja chirurgiczna W. G. odbyła się o godz. 15.30, po której chirurg nie stwierdził potrzeby hospitalizacji pacjentki i zalecił kolejną konsultację chirurgiczną w dniu następnym. M. M. (1) cały czas przebywała na izbie przyjęć. Lekarz dyżurny oddziały wewnętrznej nie zgadzała się z decyzją W. G. i jego diagnozą, w jej ocenie objawy M. M. (1) wskazywały na powikłania po zabiegu

chirurgicznym, a na pewno na podłoże chirurgiczne. W jej ocenie pacjentka nie nadawała się do przyjęcia na oddział wewnętrzny szpitala, gdyż nie była pacjentką internistyczną, a chirurgiczną, jednakże W. G. stanowczo odmawiał przyjęcia chorej na oddział chirurgii. B. M. poprosiła o pilną konsultację ordynatora swego oddziału J. P., który przyjechał i zbadał pacjentkę. Stwierdził jednak do dr M., że nie może nic zrobić skoro W. G. nie chce przyjąć jej na chirurgię. Zaistniał wyraźny konflikt pomiędzy lekarzami obu tych oddziałów, jednakże ani ordynator oddziału wewnętrznego J. P., ani lekarz dyżurna B. M. nie byli władni podjąć decyzji o przyjęciu pacjentki na oddział chirurgiczny, zaś W. G. pomimo kilkakrotnych rozmów z B. M. i J. P. oraz konsultacji pacjentki wyraźnie odmawiał jej przyjęcia na swój oddział, twierdząc że chora nie ma choroby chirurgicznej ale niejasną chorobę internistyczną. Zatem B. M. podjęła decyzję o przyjęciu chorej an oddział wewnętrzny, gdyż uważała, że jest ona w tak złym stanie zdrowia, że nie można odesłać jej do domu. O godz. 17.25 M. M. (1) formalnie przyjęto na oddział wewnętrzny z rozpoznaniem: "wstrząs prawdopodobnie na tle hypowolemii po operacji chirurgicznej. Silne bóle brzucha. Podejrzenie zatoru krezki. Niedrożność?". W wykonanych badaniach obrazowych potwierdzono cechy niedrożności przewodu pokarmowego, a w badaniach laboratoryjnych stwierdzono min. podwyższony poziom kreatyniny i wykładników stanu zapalnego. Wdrożono leczenie zachowawcze - objawowe, przeciwbólowe, podawano płyny infuzyjne i antybiotyki. Około godziny 20 przeniesiono pacjentkę na salę intensywnego nadzoru, gdzie stan jej zdrowia była stale monitorowany. W godzinach wieczornych B. M. widziała się jeszcze na korytarzu z W. G., mówiła mu, że stan pacjentki nie ulega poprawie, nie było jednak żadnego odzewu ze strony chirurga. B. M. niemal cały czas monitorowała M. M. (1), widziała, że jej stan jest bardzo zły, chora jest we wstrząsie, niemal bez ciśnienia. Nie mogła jednak wdrożyć leczenia przyczynowego, a jedynie objawowe, co uczyniła. W dniu 20 października 2008r. o godzinie 01.10 M. M. (1) zmarła.

Dowód:

- zeznania świadka B. M. k.256-259;
- zeznania świadka J. P. k.259-260;
- karta informacyjna leczenia k.4 Sądu Rejonowego w Gryfinie II K 308/10 oraz akt 74;
- historia choroby k.75-77;
- historia choroby M. M. (1) k.14-21 akt sprawy Sądu Rejonowego w Gryfinie II K 308/10;
- dokumentacja medyczna k.11, 22-42 90-91 oraz 86-114 akt sprawy Sądu Rejonowego w Gryfinie II K 308/10;
- obserwacje lekarza dyżurnego k.72-73;
- opinia biegłego sądowego S. M. k.297-303;
- uzupełniające ustne przesłuchanie biegłego S. M. k.361-363;
- przesłuchanie powoda T. G. (1) k.421-422;

Z przeprowadzonej sekcji zwłok M. M. (1) wynika, że bezpośrednią przyczyną zgonu było ropne zapalenie otrzewnej w przebiegu częściowego rozejścia zespolenia chirurgicznego. Stwierdzono masywne zrosty w jamie otrzewnowej z potwierdzonymi histopatologicznie zmianami martwiczo-zapalnymi okołojelitowej tkanki tłuszczowej oraz 350 ml treści ropnej w jamie otrzewnowej. Bezpośrednią przyczyną zgonu była niewydolność krążeniowo-oddechowa powstała na podłożu pogłębiającego się wstrząsu septycznego. Ze zmian o przewlekłym charakterze stwierdzono w szczególności uogólnioną dalece nasiloną miażdżycę naczyń tętniczych z wykładnikami przerostu mięśnia sercowego oraz cechami jego ostrej lewokomorowej niewydolności w postaci masywnego obrzęku płuc.

Dowód:

- rozpoznanie sekcyjne k.47 akt sprawy Sądu Rejonowego w Gryfinie sygn. II K 308/10;

Postępowanie lekarskie wobec M. M. (1) podczas jej pobytu w szpitalu Powiatowym w G. w dniu 18 października 2008r. było prawidłowe. W oparciu o przeprowadzone badania nie było podstaw do stwierdzenia, iż będąca w stabilnym stanie zdrowia pacjentka może wymagać niezwłocznego poszerzenia diagnostyki i leczenia w warunkach szpitalnych, włącznie z ponownym otwarciem powłok jamy brzusznej. Lekarz chirurg W. G. miał największy kontakt z pacjentką M. M. (1), a tym samym największą wiedzę na temat kilkunastodniowej historii zdrowotnej pacjentki, historii powiązanej z jej trzema pobytami w szpitalu, zatem odegrał najistotniejszą rolę decyzyjną w sposobie postępowania z chorą w trakcie jej pobytu w szpitalu rozpoczętego dnia 18 października 2008r. W przypadku krótkiego czasu od przeprowadzenia poważnego zabiegu operacyjnego, w tym przypadku na narządach jamy brzusznej, każde pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta i zgłaszanie przez niego choćby subiektywnych objawów miejscowych oraz objawów powiązanych z funkcjonowaniem operowanego układu jest sygnałem alarmowym dla każdego lekarza, nie tylko dla chirurga, gdyż może świadczyć w pierwszym rzędzie o wystąpieniu powikłania pooperacyjnego. Dopiero po wykluczeniu możliwości zaistnienia takiego powikłania pooperacyjnego można zastanawiać się nad ewentualnymi innymi przyczynami pogorszenia stanu zdrowia chorego.

Zachowanie W. G. i podjęte przez niego decyzje w dniu 19 października 2008r. były błędne. Zgłaszane przez M. M. (1) w dniu 19 października 2008r. objawy ze strony przewodu pokarmowego oraz występujące objawy ogólne, jak również wyniki przeprowadzonych kilkakrotnie badań przedmiotowych i badań dodatkowych w postaci RTG przeglądowego jamy brzusznej mogły wskazywać na wystąpienie powikłania po przeprowadzonym w dniu 3.10.2008r. zabiegu operacyjnym. Chirurg nie mógł wówczas wiedzieć, że doszło u pacjentki do rozejścia się zespolenia operacyjnego, ale uwzględniając występowanie niepokojących objawów chorobowych i wyniki badań dodatkowych miał on podstawy do stwierdzenia, że najbardziej prawdopodobną przyczyną ewidentnego stanu zdrowia chorej w dniu 19.10.2008r. był stan mogący mieć związek z przeprowadzonym przez niego wcześniejszym zabiegiem operacyjnym. Zwłaszcza, że po wyjściu ze szpitala w dniu 16.10.2008r., pacjentka w dniu 18.10.2008. zgłaszała się do chirurga W. G.. Mając wszelkie podstawy do takiego właśnie wnioskowania W. G. podjął błędną decyzję wykluczającą możliwość wystąpienia chirurgicznej przyczyny pogorszenia stanu zdrowia pacjentki w dniu 19.10.2008r., której konsekwencją było stwierdzenie braku wskazań do pilnej interwencji chirurgicznej polegającej na pilnym ponownym otwarciu jamy brzusznej. Podjęcie decyzji o dalszym leczeniu zachowawczym i dalszej obserwacji było błędne i skutkowało dla pacjentki dalszymi konsekwencjami w postaci braku poprawy, a nawet pogorszeniu się jej stanu zdrowia. Z dalszego przebiegu zdarzeń wynika, że z każdą godziną hospitalizacji M. M. (1) w dniu 19.10.2008r. brak podjęcia decyzji o pilnej relaparotomii zmniejszał szanse na zidentyfikowanie przyczyny pogarszającego się stanu zdrowia oraz na leczenie przyczynowe i na uratowanie jej życia, co już retrospektywnie można stwierdzić w oparciu o wyniki autopsji. W ostatnich godzinach życia stan zdrowia M. M. (1) był na tyle ciężki, że wówczas prawdopodobnie nawet nie kwalifikowała się ona do jakiegokolwiek interwencji chirurgicznej. Wdrożone leczenie zachowawcze nie mogło przynieść poprawy stanu zdrowia pacjentki, było zupełnie nieskuteczne i nie mogło doprowadzić do uratowania jej życia. Za podjęcie tej błędnej decyzji w odniesieniu do M. M. (1) odpowiada spec. chirurg W. G..

Stan zdrowia M. M. (1) podczas 12-godzinnego pobytu w szpitalu w dniu 19.10.2008r. ulegał dość szybkiemu pogorszeniu, dodatkowo pacjentka ta cierpiała na szereg innych samoistnych schorzeń stanowiących dodatkowe obciążenie dla jej organizmu. Nie można wykluczyć, że zgon M. M. (1) nastąpiłby także przy prawidłowym wdrożeniu leczenia i przeprowadzenia u niej wymaganego zabiegu operacyjnego, aczkolwiek wówczas szanse na uratowanie jej życia byłyby większe, tym większe, im wcześniej taki zabieg relaparotomii by przeprowadzono. W początkowym okresie pobytu M. M. (1) w Szpitalu w dniu 19 października 2008r. z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że istniała możliwość przeprowadzenia reoperacji jamy brzusznej w celu usunięcia rozejścia się zespolenia operacyjnego, która mogła usunąć przyczynę pogarszającego się stanu zdrowia M. M. (1), doprowadzając do poprawy jej kondycji i uratowania jej życia.

Dowód:

- opinia biegłego sądowego S. M. k.297-303;

- uzupełniające ustne przesłuchanie biegłego S. M. k.361-363;

W. G. został wyrokiem Sądu Rejonowego w Gryfinie z dnia 25 listopada 2011r. w sprawie II K 308/10 uznany za winnego tego, że w dniu 19.10.2008r. w Szpitalu (...) w G. jako zatrudniony w tym szpitalu dyżurny chirurg, konsultując stan zdrowia M. M. (1), mimo objawów niedrożności przewodu pokarmowego, potwierdzonych badaniem RTG, które wskazywały na możliwość rozejścia się zespolenia jelita po operacji przeprowadzonej w dniu 8.10.2008r. oraz mimo wyników badań krwi - nie zakwalifikował chorej do niezwłocznego leczenia operacyjnego celem usunięcia perforacji przewodu pokarmowego spowodowanej rozejściem się jelita, a nadto zlecił podanie pacjentce leku M., który spowodował wzmoczenie perystaltyki jelit, a tym samym mógł spowodować powiększenie rozejścia zespolenia jelita, co mogło przyspieszyć rozwój choroby, czym naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tj. popełnienia przestępstwa z art.160§2 kk i za to wymierzył mu karę 1 roku i 6 miesięcy pozbawienia wolności, z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, nadto wymierzył grzywnę w wysokości 100 stawek dziennych po 50 zł każda i orzekł zakaz wykonywania zawodu na okres 2 lat. Wyrok ten został zmienionym następnie wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 22 maja 2012r. IV Ka 216/12 poprzez przyjęcie, że W. G. działał nieumyślnie (z art.160§3 k.k.) i na tej podstawie wymierzono mu karę 10 miesięcy pozbawienia wolności, uchylając orzeczony zakaz wykonywania zawodu lekarza.

Dowód:

- wyrok Sądu Rejonowego w Gryfinie z dnia 25 listopada 2012r. II K 308/10 k.286 akt sprawy Sądu Rejonowego w Gryfinie II K 308/10;

- wyrok Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 22 maja 2012r. IV Ka 216/12 k.331 akt sprawy Sądu Rejonowego w Gryfinie II K 308/10;

W. G. zatrudniony był w Szpitalu (...) sp. z o.o. w G. na podstawie umowy cywilnoprawnej, jako lekarz chirurg. Pracował na oddziale chirurgicznym, najmniejszym z oddziałów tego szpitala. Samodzielnie podejmował decyzje dotyczące procesu i sposobu leczenia oraz wdrożonych metod leczenia. Lekarze innych specjalności nie mieli wpływu na decyzje pozwanego w tym zakresie, gdy chodziło o pacjenta ze schorzeniami natury chirurgicznej, mogli jedynie konsultować pacjenta i pomagać podjąć prawidłową decyzję. W przypadkach trudnych w szpitalu decyzje podejmuje ordynator oddziału, wówczas też występuje konsultacja przez specjalistów z różnych dziedzin. W dniu wolnym od pracy oraz w godzinach od popołudniowych do porannych na każdym oddziale szpitala dyżuruje jeden lekarz oraz całodobowo anestezjolog. W przypadku pacjenta danego oddziału decyzje podejmuje lekarz prowadzący. Istnieje możliwość odesłania pacjenta do innego szpitala, w szczególności o wyższej referencyjności, jednak konieczna jest do tego inicjatywna lekarza prowadzącego oraz dodatkowe badania, potwierdzające brak możliwości wdrożenia leczenia w szpitalu w G.. Zdarzają się sytuacje, że odsyła się pacjentów do innych szpitali po diagnozie. Zarząd szpitala nie może wydawać poleceń lekarzowi prowadzącemu pacjenta.

Dowód:

- zeznania świadka B. M. k.256-259;

- zeznania świadka J. P. k.259-260;

- przesłuchanie w charakterze pozwanego prezesa zarządu G. B. k.422-423;

Powód bardzo przeżył śmierć swej partnerki. Po uzyskaniu telefonu ze szpitala o śmierci M. M. (1) od razu udał się tam, by pożegnać się z nią, chciał rozerwać worek, w którym była, bo czuł gorąco, ale nie dał rady. Czekał w szpitalu, aż po 3 godzinach przyjechano po zwłoki i zabrano i je na cmentarz. Był w szoku, nie mógł uwierzyć w to co się stało. W dniu 21 października 2008r. złożył zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, które zapoczątkowało sprawę II K 308/10. Czuł żal, złość na lekarza, który doprowadził do tego. Zamknął się w sobie, nie chciał mieć z nikim kontaktu, ból przeżywał w samotności. Przestał jeść, nie miał ochoty wychodzić z domu, spotykać

się z ludźmi, unikał kontaktów z bliskimi. Bardzo cierpiał, towarzyszyło mu uczucie pustki, bezsensu życia i wszelkiej aktywności. Cierpienia te potęgowała świadomość okoliczności choroby ukochanej partnerki życiowej i jej smutny finał. Opiekę nad nim roztoczyła I. S., córka M. M. (1), która zapraszała go na obiady, tak aby nie przebywał sam. Zaczął ponownie palić papierosy, truł się kawą. Alkoholu nie spożywał i nie spożywa. Dwa miesiące po śmierci M. M. (1) do jego mieszkania wprowadził się wnuk - syn I. S., by "pilnować dziadka", by trochę ulżyć dziadkowi w cierpieniu i by mieć nad nim kontrolę. To pomogło powodowi w powrocie do równowagi, miał się do kogo odezwać w domu. Wnuk wyprowadził się około rok później, co zasmuciło powoda, znowu odczuwał samotność. Powód nie związał się z żadną kobietą, mieszka sam, unika ludzi, nie zaprasza nikogo do domu, nie czuje takiej potrzeby. Uważał obiektywnie, że mając 65 lat w chwili odejścia partnerki życiowej mógł jeszcze ułożyć sobie życie z inną kobietą, nie czuł jednak takiej potrzeby i chęci. Powód do dzisiaj nie pogodził się ze śmiercią M. M. (1), a proces żałoby do chwili obecnej nie uległ zakończeniu. Powódka bardzo często myśli o niej, wspomina ją w samotności. Odwiedza jej grób. Kontakt z I. S. obecnie uległ osłabieniu, według powoda taki właśnie się zrobił, że unika ludzi. Aktualnie jego stan emocjonalny jest stabilny, powód jest mało aktywny, jest wycofany. Czas wolny spędza głównie samotnie, co sprzyja koncentrowaniu się na przeszłości i wspominaniu wspólnego życia z M. M. (1). Doświadcza on szczególnych trudności w pogodzeniu się i emocjonalnym uporaniu się ze śmiercią partnerki życiowej, gdyż to jej śmierć w znaczący sposób zdeterminowała życie powoda. Śmierć jego partnerki silnie negatywnie wpłynęła na jego stan emocjonalny, ponieważ nagle utracił najbliższą osobę, z którą czuł się uczuciowo związany, taką, która organizowała życie rodzinne i towarzyskie, decydowała o aktywnościach i utrzymywaniu relacji towarzyskich. Po jej śmierci powód utracił nie tylko najbliższą osobę, ale i sieć wsparcia społecznego, opartą na kontaktach interpersonalnych, o które sam nie potrafił odpowiednio zadbać, co wpłynęło negatywnie na jego stan psychofizyczny.

Dowód:

- zeznania świadka I. S. k.143-145;
- zeznania świadka T. W. k.146-147;
- zeznania świadka K. B. k.145-146;
- przesłuchanie powoda T. G. (1) k.421-422;
- opinia biegłej psycholog M. B. k.397-402.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo okazało się w całości zasadne, zaś zarzuty strony pozwanej nieskuteczne.

Podstawą prawną powództwa jest przepis art.446§4 kodeksu cywilnego. W myśl art.446 kodeksu cywilnego: § 1. Jeżeli skutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć poszkodowanego, zobowiązany do naprawienia szkody powinien zwrócić koszty leczenia i pogrzebu temu, kto je poniósł. § 2. Osoba, względem której ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny, może żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody renty obliczonej stosownie do potrzeb poszkodowanego oraz do możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego przez czas prawdopodobnego trwania obowiązku alimentacyjnego. Takiej samej renty mogą żądać inne osoby bliskie, którym zmarły dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, jeżeli z okoliczności wynika, że wymagają tego zasady współżycia społecznego. § 3. Sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. § 4. Sąd może także przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Przedmiotem sporu w procesie była zarówno zasadna odpowiedzialności pozwanego, jak i wysokość roszczenia powoda. O ile bowiem pozwany W. G. nie wdał się w spór co do istoty sprawy i nie przedstawił swego stanowiska w

sprawie, o tyle pozwany Szpital (...) Sp. z o.o. w G. podniósł szereg zarzutów pod adresem roszczenia pozwu, które były przedmiotem rozpoznania przez sąd.

Pozwany Szpital (...) Sp. z o.o. w G. podniósł zarzut przedawnienia roszczenia, wskazując na początek biegu tego terminu na dzień 20 października 2008r. kiedy powód uzyskał wiedzę na wynikach sekcji zwłok M. M. (1), gdzie wskazano jako przyczynę zgonu ropne zapalenie otrzewnej, zaś lekarz W. G. nie powiązał dolegliwości bólowych pacjentki z przeprowadzoną wcześniej przez siebie operacją i powikłaniami po niej. Zgodnie z treścią Art. 442¹ §1 i 2 k.c. roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia. Jednakże termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę (§1). Jeżeli szkoda wynikła ze zbrodni lub występku, roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem lat dwudziestu od dnia popełnienia przestępstwa bez względu na to, kiedy poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (§2). Zdaniem Sądu w niniejszej sprawie mamy do czynienia z sytuacją przewidzianą w art. 442¹ § 2 k.c., albowiem ustalenia co do występkę popełnionego przez W. G. w postaci narażenia M. M. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poczynił wszak Sąd w postępowaniu karnym, zakończonym wyrokiem Sądu Okręgowego w Szczecinie z 22 maja 2012r. IV Ka 216/12. Zgodnie z treścią art.11 k.p.c. ustalenia wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym, zatem uznać należało, że szkoda powoda będąca przedmiotem rozpoznania w tym procesie wynikała właśnie z występkę, a zatem roszczenie może ulec przedawnieniu dopiero po 20 latach, co nastąpi w październiku 2028r. Zatem zarzut przedawnienia nie zasługiwał na uwzględnienie.

Pozwany Szpital podnosił, iż powodowi nie służy roszczenie z tytułu zadośćuczynienia na podstawie art.446§4 k.c., gdyż nie jest on najbliższym członkiem rodziny M. M. (1). Zdaniem pozwanego przepis ten zakłada wąskie rozumienie uprawnionych, dotyczące wyłącznie krewnych, powinowatych lub przysposobionych osoby zmarłej. Sąd nie podzielił tego poglądu zaprezentowanego przez pozwanego, ponieważ sam kodeks cywilny nie zawiera definicji własnej "najbliższych członków rodziny", zaś w judykaturze pojęcie najbliższych członków rodziny, jakim posłużył się ustawodawca w art. 446 § 4 k.c. ujmowane jest szeroko. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 27 czerwca 214r. w sprawie V CSK 445/13, pojęcie najbliższych członków rodziny obejmuje nie tylko rodziców i dzieci, ale też inne osoby, które z uwagi na konkretny układ stosunków faktycznych pozostawały w relacjach szczególnej bliskości, niezależnie od formalnej kolejności pokrewieństwa wynikającej z przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W wyroku z dnia 13 kwietnia 2005 r. (sygn. akt IV CK 648/04) Sąd Najwyższy wskazał, że pokrewieństwo nie stanowi wyłącznego kryterium zaliczenia do najbliższych członków rodziny w rozumieniu art. 446 § 3 k.c. Można zatem zaaprobować definicję rodziny jako najmniejszej grupy społecznej, powiązanej poczuciem bliskości i wspólności, osobistej i gospodarczej, wynikającej nie tylko z pokrewieństwa. Oznacza to, że konkubenci i dzieci jednego z nich z poprzedniego związku de facto tworzą rodzinę, a tym samym winni zostać uznani za najbliższych jej członków. W orzeczeniu podkreślono, iż konkubinaty znalazł trwałe miejsce w systemie ocen i norm moralnych współczesnego społeczeństwa, mając źródło w przeobrażeniach ustrojowych i gospodarczych, a także kulturowych, zwłaszcza w świadomości społeczeństwa. Orzeczenie to dotyczyło wprawdzie art.446§3k.c., jednakże znajduje zastosowanie także co do art.446§4 k.c., gdyż pojęcie "najbliższego członka rodziny" występuje tam w identycznym znaczeniu. Najbliższym członkiem rodziny nie musi być więc krewny, a judykatura ukształtowała z biegiem czasu rozszerzający kierunek definiowania kręgu rodziny przyjmując, że uprawnionych do świadczeń należy wskazać po zbadaniu wszelkich okoliczności danego przypadku i nie ma uniwersalnego przepisu, który by określał kto zalicza się do rodziny. Decydujące dla zaliczenia do tego kręgu jest poczucie bliskości i wspólności, więzy emocjonalne i uczuciowe oraz ścisła wspólność gospodarcza, wynikające nie tylko z pokrewieństwa. O bliskości nie decydują wyłącznie względy pokrewieństwa lecz faktyczny układ stosunków łączących zmarłego z osobą żądającą świadczenia. Aby więc ustalić, czy występujący o zadośćuczynienia jest najbliższym członkiem rodziny nieżyjącego sąd powinien sprawdzić, czy istniała dostatecznie mocna więź emocjonalna pomiędzy dochodzącym roszczenia a zmarłym (por. także wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 1969 r., III PRN 77/69, OSN 1970, Nr 9, poz. 160 czy z dnia 3 czerwca 2011 r., III CSK 279/10, OSP 2012, Nr 4, poz. 44). Sąd w całości podziela ten pogląd, co w niniejszej sprawie obliowało Sąd do ustalenia, czy faktyczny układ stosunków pomiędzy zmarłą M. M. (1) a powodem T. G. (1) był tego rodzaju, że należy

zaliczyć powoda do kręgu najbliższych członków rodziny M. M. (1). W ocenie Sądu przeprowadzone postępowanie dowodowe w całości tę tezę potwierdziło. Zarówno z zeznań świadków: I. S., T. W., K. B., jak i samego powoda oraz opinii biegłej psycholog M. B. wynikało zbieżnie, iż T. G. (1) i M. M. (1) przez te wszystkie lata funkcjonowali jako małżeństwo i to niezwykle dobre, udane. Mieszkali razem przez 34 lata, razem utrzymywali mieszkanie i swoją rodzinę, którą tworzyli oni oraz 2 córki M. M. (1). Z czasem dzieci zaczęły się usamodzielniać, a T. G. (1) traktowały jako ojca, a ich dzieci traktują go jak dziadka. Zeznania świadków i pozostałe ww. dowody w sposób dobitny potwierdzają istnienie w tej relacji poczucia bliskości i wspólności pomiędzy powodem i M. M. (1), silne więzy emocjonalne i uczuciowe, a także istnienie wspólności gospodarczej przez cały okres trwania ich związku. Relacje te potwierdził również sam powód podczas przesłuchania. Sąd także ustalił, że w historii choroby M. M. (1) z oddziału wewnętrznego pozwanego Szpitala wpisano, iż M. M. (1) w wywiadzie z lekarzem podała, że mieszka razem z mężem (k.76 na dole), a sam powód mówiąc o zmarłej opisywał ją jako "żona", co również dowodzi jak ona traktowała T. G. (1). Pośrednio charakter i siłę tej relacji potwierdza także postawa powoda w czasie choroby M. M. (1), jej walki o życie, jego reakcja na zgon partnerki oraz późniejsze zmaganie się z bólem, poczuciem krzywdy i osamotnieniem, o czym będzie mowa poniżej. Wszystkie te dowody wskazują zdaniem Sądu jednoznacznie na to, iż M. M. (1) była dla powoda najbliższym członkiem rodziny, zatem nie jest wykluczone dochodzenie przez powoda zadośćuczynienia za krzywdę spowodowaną jej śmiercią.

Strona pozwana wносиła o przeprowadzenie także dowodu z zeznań świadka J. G. (obecnie D.) – drugiej córki M. M. (1), celem ustalenia faktycznych relacji powoda z konkubiną. Sąd ten dowód dopuścił i wielokrotnie wzywał świadka na termin rozprawy celem przesłuchania, jednak bezskutecznie. P. z dnia 6 października 2016r. nakazał doprowadzenie przez Policję J. D. (1) na termin rozprawy w dniu 6 grudnia 2016r., jednocześnie na podstawie art.242 k.p.c. oznaczył termin do przeprowadzenia dowodu z jej zeznań do dnia 6 grudnia 2016r. i wskazał, że po upływie tego terminu dowód będzie mógł zostać przeprowadzony tylko wtedy, gdy nie spowoduje to zwłoki w postępowaniu. Nie udało się jednak doprowadzić świadka a termin rozprawy 6 grudnia 2016r., gdyż Policjanci przybyli po świadka zastali ją w stanie upojenia alkoholowego, eliminującego jej zdadność do stawania przed sądem. W tej sytuacji sąd uznał, że nie ma podstaw do wyznaczania kolejnego terminu, skoro wszystkie czynności dowodowe poza przesłuchaniem stron zostały już przeprowadzone i sprawa nadaje się na zakończenie. Tym samym dowód ten pominął, przesłuchał strony, po czym zamknął rozprawę. Niemniej warto wskazać, iż powód stanowczo wskazywał, że J. D. (2) od lat nie utrzymywała z matką i nim kontaktów, od czasu, gdy odeszła od męża i swych dzieci nie chciała kontaktu z matką. Potwierdziła to także świadek I. S. wskazując, że siostra nawet nie przybyła na pogrzeb matki. Mając to na względzie wątpliwe jest, by świadek miała informacje istotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

Następnie należy wskazać, iż by móc przypisać pozwanym legitymację bierną do występowania w tym procesie, należało wykazać podstawy odpowiedzialności za krzywdę powoda, przy czym podstawy te były odmienne co do pozwanego W. G. i inne względem pozwanego Szpitala. Jeśli chodzi o lekarza W. G., to jego odpowiedzialność jest odpowiedzialnością deliktową, opartą na zasadzie winy (art.415 k.c.), a zatem roszczenie o zadośćuczynienie powstaje, gdy spełnione są łącznie następujące przesłanki: 1. działanie lub zaniechanie wykazujące cechy bezprawności, 2. powstanie szkody, 3. istnienie normalnego związku przyczynowego między działaniem lub zaniechaniem sprawcy a szkodą. Zdaniem Sądu wszystkie te przesłanki odpowiedzialności deliktowej pozwanego W. G. zostały wykazane, co nakazywało przyjąć odpowiedzialność tego pozwanego za szkodę powoda. Odnośnie bezprawności czynu pozwanego Sąd cywilny, zgodnie z treścią art.11 k.p.c. był związany ustaleniami wydanego w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego W. G., odnośnie popełnienia przez niego przestępstwa. W. G. został skazany prawomocnie za występki z art.160§3 kodeksu karnego, uznany za winnego tego, że w dniu 19.10.2008r. w Szpitalu (...) w G. jako zatrudniony w tym szpitalu dyżurny chirurg, konsultując stan zdrowia M. M. (1), mimo objawów niedrożności przewodu pokarmowego, potwierdzonych badaniami RTG, które wskazywały na możliwość rozejścia się zespoleń jelita po operacji przeprowadzonej w dniu 8.10.2008r. oraz mimo wyników badań krwi - nie zakwalifikował chorej do niezwłocznego leczenia operacyjnego celem usunięcia perforacji przewodu pokarmowego spowodowanej rozejściem się jelita, a nadto zlecił podanie pacjentce leku M., który spowodował wzmożenie perystaltyki jelit, a tym samym mógł spowodować powiększenie rozejścia zespoleń jelita, co mogło przyspieszyć rozwój choroby, czym nieumyślnie naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, tj. popełnienia przestępstwa z art.160§3 kk. Wyrok Sądu Rejonowego w Gryfinie z dnia 25 listopada 2011r. w sprawie II K 308/10 zmieniony następnie wyrokiem

Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 22 maja 2012r. IV Ka 216/12 jest prawomocny, co oznacza, iż Sąd rozpoznający sprawę miał obowiązek przyjąć ustalenia co do popełnienia ww. przestępstwa przez W. G., zaś to niewątpliwie świadczy o bezprawności czynu pozwanego. Skutkiem bezprawnego działania W. G. była śmierć pacjentki M. M. (1), co niewątpliwie wywołało krzywdę powoda T. G. (2) - wieloletniego konkubenta M. M. (1). Jeśli chodzi natomiast o związek przyczynowy takiego bezprawnego działania pozwanego G. ze skutkiem w postaci śmierci M. M. (1) w dniu 20 października 2008r., stwierdzić należy, że i w tym zakresie postępowanie dowodowe pozwoliło na ustalenie istnienia takiego związku. Sąd podziela pogląd Sądu Apelacyjnego w Katowicach wyrażony w uzasadnieniu wyroku z dnia 16 czerwca 2016 r. w sprawie V ACa 723/15, w którym wskazano, że w zakresie odpowiedzialności za szkody na zdrowiu wyrządzone przez lekarzy przyjmuje się, że istnienie związku przyczynowego z reguły nie może być absolutnie pewne, wystarczy więc jego ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa. W procesach lekarskich niemożliwe jest poczynienie takiego ustalenia, ponieważ w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko natomiast o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działanie lub zaniechanie ze strony personelu szpitala było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody. (podobnie w wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 8 lipca 2016r. I ACa 360/16, wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016r. I ACa 57/16). Sąd Apelacyjny w Warszawie w uzasadnieniu wyroku z dnia 3 czerwca 2016r. w sprawie I ACa 937/15 wskazał, że szkoda może być skutkiem wielu zdarzeń, a normalne następstwa badanej przyczyny mogą być zarówno bezpośrednie jak i pośrednie i pozostawać w relacjach wielocłonowych, a w takiej sytuacji ocenie z punktu widzenia kryterium normalności związku przyczynowego podlega zależność wielu czynników kauzalnych w ich wzajemnych powiązaniach, zaś ustalenie, że zachodzi normalny związek przyczynowy wymaga zbadania, czy gdyby dane zdarzenie nie wystąpiło, powstałby określony skutek (conditio sine qua non) oraz, czy pojawienie się przyczyny badanego rodzaju zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia rozpatrywanego skutku, poprzez jej współistnienie i współdziałanie z innymi czynnikami. Jeżeli odpowiedź na te pytania okaże się twierdząca, będzie to równoznaczne z wystąpieniem normalnego związku przyczynowego. W ocenie Sądu w niniejszej sprawie nie zachodziła możliwość ustalenia w stopniu pewnym lub granicznym z pewnością, czy prawidłowe zachowanie pozwanego W. G. w dniu 19 października 2008r. i wdrożenie prawidłowego leczenia (pilnej reoperacji) potrzebnego do ocalenia życia M. M. (1) uratowałyby M. M. (1). Brak jest bowiem dowodów mogących o tym świadczyć w sposób pewny. Wskazał na to także biegły sądowy S. M., który podał, że nie można wykluczyć, że zgon M. M. (1) nastąpiłby także przy prawidłowym wdrożeniu leczenia i przeprowadzenia u niej wymaganego zabiegu operacyjnego, aczkolwiek zaznaczył, że wówczas szanse na uratowanie jej życia byłyby większe, tym większe, im wcześniej taki zabieg relaparotomii by przeprowadzono. Biegły podał podczas ustnego uzupełniającego przesłuchania, że w początkowym okresie pobytu M. M. (1) w Szpitalu w dniu 19 października 2008r. z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że istniała możliwość przeprowadzenia reoperacji jamy brzusznej w celu usunięcia rozejścia się zespolenia operacyjnego, która mogła usunąć przyczynę pogarszającego się stanu zdrowia M. M. (1), ratując jej życie. W miarę upływu czasu spędzonego w szpitalu w dniu 19 października 2008r., niejako straconego na decyzję o wdrożeniu nieskutecznego leczenia na skutek konfliktu lekarza przyjmującego B. M. i chirurga W. G., szanse na uratowanie zdrowia chorej malały z uwagi na szybkie pogarszanie się jej stanu zdrowia. Gdyby W. G. od razu skonsultował chorą, zgodnie z sugestią lekarza internisty i bezzwłocznie ustalił prawidłowo prawdopodobną przyczynę jej stanu zdrowia, to jak podał to biegły, można jeszcze było przeprowadzić relaparotomię u M. M. (1), a zatem istniała szansa na uratowanie jej życia. Brak takiej decyzji i odstępnie od wdrożenia leczenia chirurgicznego na którymkolwiek etapie leczenia z pewnością odebrał pacjentce szansę na poprawę stanu zdrowia i na dalsze życie, de facto doprowadzając do jej zgonu. Tym samym zdaniem Sądu można przyjąć występowanie związku przyczynowo-skutkowego, a to wobec istnienia wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, że zachowanie się pozwanego G. i jego błędna decyzja wobec M. M. (1) w dniu 19 października 2008r. była przyczyną zgonu M. M. (1). O ile nie można wykluczyć, że przeprowadzona zgodnie

ze sztuką medyczną w dniu 19.10.2008r. nie doprowadziłyby do uratowania jej życia, to z całą pewnością zaniechanie podjęcia takiej próby doprowadziło do jej śmierci.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał za wykazane wszystkie przesłanki odpowiedzialności za szkodę po stronie pozwanego W. G..

Z kolei pozwany Szpital (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w G. ponosi odpowiedzialność na podstawie art.430 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym ten kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie podlegającej przy jej wykonywaniu jego kierownictwu i mającej obowiązek stosować się do jego wskazówek, odpowiada za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby. Pozwany zanegował istnienie swej odpowiedzialności na tej podstawie wskazując, że dopełnił swych obowiązków w zakresie należytej organizacji procesu leczenia zmarłej pacjentki: na trzech lekarzy zajmujących się pacjentką dwóch z należytą starannością wykonywało swoje czynności, zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, pacjentka została zbadana i skierowano ją na badania dodatkowe, przez cały czas lekarze obserwowali i monitorowali stan pacjentki. Zatem nie można mówić w tym wypadku o jakichkolwiek zaniedbaniach organizacyjnych po stronie pozwanego Szpitala związanych z wadliwą organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, które stanowiłyby podstawę odpowiedzialności z art. 430 k.c. Nadto pozwany Szpital i lekarza W. G. łączyła wówczas umowa cywilnoprawna, a lekarz wykonuje wolny zawód i przy wykonywaniu tego zawodu podejmuje decyzje samodzielnie, dlatego nie można mówić o istnieniu stosunku podległości W. G. w stosunku do pozwanego Szpitala, zaś kontrola wyników działań świadczeniodawcy, tj. lekarza, nie przesądza o podporządkowaniu pracowniczym. Sąd nie podzielił argumentacji prezentowanej przez pozwanego. Nie sposób bowiem twierdzić o prawidłowej organizacji procesu leczenia M. M. (1) w sytuacji wykluczającej odpowiedzialność pozwanego Szpitala w sytuacji, gdy wdrożone leczenie było całkowicie nieskuteczne i nie mogło przynieść poprawy stanu jej zdrowia wobec braku szybkiej interwencji chirurgicznej. Wskazał to wyraźnie biegły sądowy S. M.. Nie można uznać, że skoro większość lekarzy zachowała się prawidłowo, to Szpital zwolniony jest z odpowiedzialności za śmierć pacjenta, będącą skutkiem zaniechania tylko jednego lekarza. Nie chodzi tu bowiem o odpowiednie proporcje decyzji prawidłowych w stosunku do nieprawidłowych, czy też większą ilość lekarzy działających w sposób prawidłowy względem tych działających nieprawidłowo (popołniających błędy lekarskie), ale o to, by leczenie pacjenta było wdrożone zgodnie z wiedzą medyczną oraz objawami prezentowanymi przez pacjenta i by mogło odnieść skutek. Jeśli W. G. przy diagnozowaniu pacjentki popełnił błąd i nie podjął decyzji o wdrożeniu pilnie leczenia operacyjnego ratującego chorej życie, to zachowawcze działania lekarzy innych specjalności, które nie mogły odnieść skutku w postaci uratowania życia pacjentce, nie mogą wyłączać odpowiedzialności na podstawie art.430 k.c. Sąd podziela w całości stanowisko zaprezentowane przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 stycznia 2011 r. IV CSK 308/10 gdzie wskazano, iż w judykaturze i piśmiennictwie ukształtował się w miarę jednolity model tej odpowiedzialności, w którym pojęcie podporządkowania rozumie się szeroko, uznając za wystarczające stwierdzenie "ogólnego" czy też "ogólno-organizacyjnego" kierownictwa, jak również ogólnego charakteru wiążących wskazówek. Przy tej interpretacji zachowanie przez wykonującego powierzone czynności określonej samodzielności nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Trudność w ocenie tego stosunku występuje przede wszystkim w odniesieniu do osób mających wysokie kwalifikacje zawodowe i podejmujących decyzje na podstawie specjalistycznej wiedzy. W praktyce sądowej najczęściej rozstrzygano ten problem w sprawach dotyczących szkód wyrządzonych przez lekarzy, a więc osoby niewątpliwie zachowujące niezależność w procesie leczenia, diagnozy i terapii. Także i w tej kwestii udało się wypracować w orzecznictwie i nauce prawa zgodne stanowisko, które można najogólniej ująć w formie tezy, że niezależność zawodowa lekarza w zakresie sztuki medycznej nie sprzeciwia się stwierdzeniu stosunku podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Dalej Sąd Najwyższy podał, że w związku ze zmianami w organizacji służby zdrowia i zmianami w kształtowaniu stosunków prawnych pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej a lekarzami powstał problem, czy i w jakim zakresie pozostają aktualne dotychczas ukształtowane zasady ich odpowiedzialności za szkody wyrządzone w procesie leczenia. Wymaga on rozważenia w aspekcie przedmiotowym i podmiotowym danego stosunku zobowiązaniowego. Istotne przy tym jest uwzględnienie zarówno charakteru czynności, jak i rodzaju powiązań pomiędzy powierzającym a wykonawcą. Najczęściej źródłem tego stosunku jest umowa cywilnoprawna o świadczenie usług medycznych, do której mają zastosowanie przepisy o zleceniu. Zasadniczo umowy cywilnoprawne nie stwarzają stosunku podporządkowania, nie przesądza to jednak wyłączenia a priori

odpowiedzialności zakładu leczniczego korzystającego z usług tzw. lekarza kontraktowego. Stosunek zlecenia może być ukształtowany różnie, nie wykluczając istnienia więzi zależności, dostatecznej do stwierdzenia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Ocena tych wzajemnych relacji ostatecznie zależy od okoliczności sprawy. Źródło i charakter szkody wyrządzonej przez lekarza pozostają takie same, niezależnie od tego, czy działał jako pracownik, czy jako lekarz tzw. kontraktowy. W każdej z tych sytuacji lekarz kieruje się swoją wiedzą oraz doświadczeniem i zachowuje niezależność, która - jak wskazano - nie wyłącza istnienia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Diagnozę stawia, leczenie stosuje i operację wykonuje lekarz, a nie przedsiębiorca. W realiach niniejszej sprawy szkodę wyrządził lekarz, pozwany W. G., działając w ramach umowy o świadczenie usług medycznych, wykonywanych na zasadach świadczących o istnieniu podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Powierzenie wykonania czynności na własny rachunek cechuje się tym, że mieszczą się one w zakresie własnej działalności powierzającego, wykonywanej przy pomocy osoby, której czynności powierzył i z której działania uzyskuje korzyści, decydując zarówno o samym powierzeniu czynności, jak i jej charakterze. Pozwany Szpital zdecydował na związanie się z lekarzem W. G. umową o świadczenie przez niego usług medycznych, w zakresie czasu pracy i za wynagrodzeniem wskazanym przez Spółkę, wypłacanym cyklicznie za czas świadczenia usług (nie podnoszono by było inaczej ustalone). Następnie istotne, że należności wynikające z udzielania świadczeń medycznych pacjentom przypadły bezpośrednio i wyłącznie zakładowi pozwanej spółce. Zasady współpracy wynikające z umowy pozwanych musiały obejmować ogólne wytyczne dotyczące czasu pracy, stosowania się przez lekarza do grafiku dyżurów, zasad przyjmowania pacjentów według ustalonego planu, pracy na danym oddziale, współpracy z innymi lekarzami, obowiązku stawiania się na wezwanie lekarza dyżurnego itp. Należy także założyć, że działania lekarza były podejmowane w interesie i na rachunek zakładu leczniczego powierzającego wykonywanie mu usług. Zatem istnieje podstawa do przyjęcia, że pozwany W. G. wykonywał czynności na rachunek powierzającego Szpitala. Okoliczności podnoszone przez pozwanego oraz prezesa zarządu spółki w trakcie przesłuchania, że zarząd nie był władny wydawać lekarzowi wiążących poleceń co do sposobu leczenia pacjentów, nie mają decydującego znaczenia dla powstania odpowiedzialności tego podmiotu względem powoda. Do przyjęcia takiej relacji podporządkowania pozwany wystarczające jest bowiem ustalenie ogólnego nadzoru dyrektora jednostki. Można także wnosić na podstawie obowiązującej w pozwanym Szpitalu strukturze organizacyjnej, iż pozwany lekarz podlegał także nadzorowi bardziej szczegółowemu sprawowanemu przez ordynatora oddziału. Skoro tak ukształtowane to było na oddziale wewnętrznym tego szpitala w 2008r. o czym szeroko opowiadała pani doktor B. M. oraz ówczesny ordynator tego oddziału J. P., to należy założyć, że podobnie sprawa przedstawiała się na oddziale chirurgii.

W wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 2 czerwca 2016 r. w sprawie I ACa 1112/15 wskazano, że odpowiedzialność podmiotu prowadzącego zakład opieki zdrowotnej (podmiotu leczniczego) za szkodę wyrządzoną z winy lekarza 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. Odpowiedzialność z art. 430 k.c. oparta jest na zasadzie ryzyka i zwierzchnik nie może się od niej uwolnić poprzez wykazanie braku winy w wyborze, czy w nadzorze. Jedyną okolicznością 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. Odpowiedzialność tę uzasadnia się zasadą cuius commodum eius periculum (czyj zysk, tego odpowiedzialność). Sąd podziela ten pogląd i właśnie te okoliczności miał na uwadze ustalając istnienie odpowiedzialności pozwanej spółki za szkodę powoda. Oczywiście w przypadku lekarza autonomia w zakresie czynności zawodowych nie stoi na przeszkodzie uznaniu, iż działa on jako podwładny w rozumieniu stanowiącego podstawę odpowiedzialności art. 430 k.c. Zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 15 czerwca 2016 r. VI ACa 461/1).

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał, iż pozwany Szpital (...) sp. z o.o. w G. na podstawie art.430 k.c. ponosi odpowiedzialność względem powoda za szkodę powstałą po jego stronie na skutek śmierci M. M. (1).

Skoro obaj pozwani ponoszą odpowiedzialność względem powoda za powstałą w jego życiu krzywdę, za którą powód w tym procesie dochodził zadośćuczynienia, to należało ustalić wysokość zadośćuczynienia odpowiadającego rozmiarowi krzywdy doznanej przez powoda. W judykaturze wskazuje się, że na rozmiar krzywdy mają wpływ przede wszystkim: wstrząs psychiczny i cierpienia wywołane śmiercią osoby bliskiej, poczucie osamotnienia po jej śmierci, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego ze zmarłym, rola w rodzinie pełniona przez osobę zmarłą, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem śmierci osoby bliskiej, wiek pokrzywdzonego i jego zdolność do zaakceptowania nowej rzeczywistości oraz umiejętność odnalezienia się w niej (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 3 czerwca 2011 r. III CSK 279/10, Lex nr 898254; z dnia 20 grudnia 2012 r., IV CSK 192/12, Lex nr 1288712; z dnia 10 maja 2012 r., IV CSK 416/11, Lex nr 1212823). Określenie wysokości zadośćuczynienia powinno być dokonane z uwzględnieniem wszystkich zachodzących okoliczności. Zarówno okoliczności wpływające na wysokość zadośćuczynienia, jak i mierniki ich oceny muszą być rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego. Zawodzą wszelkie porównania z innymi sprawami i mechaniczne przenoszenie dokonanej w nich oceny krzywdy, nawet przy podobnych obrażeniach i sytuacji osobistej. Sumy zasądzone z tytułu zadośćuczynienia w podobnych sprawach mogą jedynie dawać wskazówki orientacyjne, zapobiegając powstawaniu rażącej dysproporcji, nie stanowią natomiast dodatkowego kryterium miarkowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2014 r. V CSK 445/13). Przy określeniu zakresu wyrządzonej krzywdy za konieczne uważa się uwzględnienie: rodzaju naruszonego dobra, zakresu (natężenie i czas trwania) naruszenia, trwałości skutków naruszenia i stopnia ich uciążliwości. Okoliczności indywidualne dotyczące pokrzywdzonych powinny zostać uwzględnione przy zastosowaniu zobiektywizowanych kryteriów oceny, tym samym suma "odpowiednia" w rozumieniu art. 446 § 4 k.c. nie oznacza sumy dowolnej, określonej wyłącznie według uznania sądu, lecz z wzięciem pod uwagę tychże okoliczności. W pojęciu "odpowiednia suma zadośćuczynienia" zawiera się jednak uprawnienie sądu do swobodnego uznania przy ocenie wszystkich istotnych dla oszacowania wartości doznanej krzywdy okoliczności danego przypadku (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 października 2016 r. I ACa 637/16, LEX nr 2166584). Przenosząc te wytyczne na grunt sprawy stwierdzić należy, iż postępowanie dowodowe potwierdziło twierdzenia pozwu, iż krzywda doznana przez powoda wskutek nagłej i niespodziewanej śmierci partnerki życiowej była bardzo duża, a upływ czasu nie zdołał wyeliminować negatywnych emocji powoda związanych z jej utratą i nie spowodował powrotu powoda do normalnego życia. T. G. (1) i M. M. (1) byli zgraną, kochającą i szanującą się parą, emocjonalnie zgraną i zżytą ze sobą. Spędzili ze sobą 34 lata i to pożycie należy ocenić jako zdecydowane udane. Wskazywały na to i zeznania świadków i samego powoda, badanie przeprowadzone przez biegłą psycholog M. B., jak również obecna zła kondycja emocjonalna powoda. Powód przeżył szok wskutek śmierci partnerki życiowej, albowiem nikt nie spodziewał tak szybkiego jej odejścia. Choć cierpiała na schorzenia przewlekłe, np. nadciśnienie, to jej stan ogólny był dobry, także przebyta dnia 8 października 2008r. nie była operacją zagrażającą życiu, a początkowy dobra kondycja M. M. (1) dawała podstawy do sądzenia, że wróci ona do zdrowia i jej stan będzie lepszy niż przed operacją. Tymczasem traumatyczne wydarzenia tych kilku dni w październiku 2008r. zburzyły wszystko to, czym żył powód i spowodowały u niego poczucie pustki, której do dziś nikt i nic nie jest w stanie zapełnić. Cierpienie, ból, żal, poczucie osamotnienia są to typowe emocje towarzyszące odejściu osoby bliskiej, niezależnie od okoliczności śmierci. Gdy jednak śmierć jest skutkiem błędu innej osoby, to z pewnością negatywne emocje związane z odejściem bliskiej osoby są potęgowane właśnie przez ten żal i złość na osobę, której zachowanie doprowadziło do tej śmierci. W przypadku powoda można stwierdzić, że odczuwane poczucie krzywdy musiało być jeszcze większe, gdyż jego partnerka zmarła pomimo tego, iż kilkakrotnie prosiła specjalistów o pomoc, była przewożona do szpitala w naprawdę ciężkim stanie, potrzebowała pomocy medycznej i nie dostała takiej dopasowanej do istniejącej sytuacji, a działo się to w instytucji, która ma za zadanie nieść pomoc chorym. Poczucie powoda żalu i ogromnej złości na lekarza W. G. znajduje pełne zrozumienie. Powód po śmierci swej partnerki życiowej cierpiał w samotności, zamknął się w sobie, przestał jeść, nie miał na nic ochoty, nie chciał spotykać się z ludźmi. Towarzyszyło mu uczucie pustki i bezsensu życia, a cierpienia te potęgowała świadomość okoliczności choroby ukochanej partnerki życiowej i jej smutny finał. Powód zaraz po śmierci M. M. (1) swą aktywność skierował na złożenie zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, co wskazuje na to, iż miał on pełną świadomość stanu rzeczy i przyczyny śmierci M. M. (1). Uczucie bezsilności i bezradności odczuwane w trakcie szybko pogarszającego się stanu zdrowia partnerki w dniu 18 i 19 października 2008r. powracały do powoda po jej śmierci, co w połączeniu z wiedzą o przyczynie tego stanu rzeczy musiało być dla niego niesamowicie trudne i wyczerpujące

psychicznie. Powód wobec straty ukochanej partnerki stracił swą aktywność, umiejętność cieszenia się, zachowania relacji ze znajomymi czy nawet rodziną. Obecnie pomimo upływu 8 lat od śmierci M. M. (1), jego stan emocjonalny jest stabilny, powód jest jednak wycofany, mało aktywny. Jak podała biegła psycholog na podstawie badania powoda, czas wolny spędza głównie samotnie, co sprzyja koncentrowaniu się na przeszłości i wspomnianiu wspólnego życia z M. M. (1). Doświadcza on szczególnych trudności w pogodzeniu się i emocjonalnym uporaniu się ze śmiercią partnerki życiowej, gdyż to jej śmierć w znaczący sposób zdeterminowała życie powoda. Śmierć jego partnerki silnie negatywnie wpłynęła na jego stan emocjonalny, ponieważ nagle utracił najbliższą osobę, z którą czuł się uczuciowo związany, taką, która organizowała życie rodzinne i towarzyskie, decydowała o aktywnościach i utrzymywaniu relacji towarzyskich. Po jej śmierci powód utracił nie tylko najbliższą osobę, ale i sieć wsparcia społecznego, opartą na kontaktach interpersonalnych, o które sam nie potrafił odpowiednio zadbać, co wpłynęło negatywnie na jego stan psychofizyczny. Sąd pragnie wskazać, iż poczucie straty, żalu, osamotnienia i wywołane nimi cierpienia psychiczne są elementami składającymi się na ogólny zakres krzywdy związanej ze śmiercią osoby bliskiej. Poczucie żalu jest tym elementem zakresu krzywdy, który ze swej istoty jest niezmierny. Pozostając jednak w związku z pozostałymi elementami krzywdy pozwala na ocenę zakresu cierpienia i ich skutków na podstawie obiektywnych okoliczności. Można do nich zaliczyć zdolność do samodzielnego poradzenia sobie z procesem przeżywania żałoby czy też stopień zakłóceń w zakresie do możliwości normalnego funkcjonowania (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 30 września 2016 r. I ACa 353/16, LEX nr 2144654). W przypadku powoda należy stwierdzić, że śmierć konkubiny wywołała u niego istotne zakłócenie stanu emocjonalnego, jednocześnie powód ma kłopot z poradzeniem sobie z utratą partnerki życiowej, zakłócając znacznie normalne funkcjonowanie powoda. Postawa powoda w toku procesu oraz jego przesłuchanie nasunęło sądowi taką myśl, iż życie powoda skończyło się w zasadzie wraz ze śmiercią konkubiny. Wprawdzie nadal żyje, chodzi, oddycha, funkcjonuje samodzielnie, jednakże nie ma w tym ani pasji, ani przyjemności, ani też pozytywnych emocji, które wszak w życiu muszą występować w celu zachowania stabilności emocjonalnej i odczucia satysfakcji. W ocenie Sądu nie można mówić o tym, że krzywda powoda nie była tak wielka jak opisywana z uwagi na fakt, iż M. M. (1) w chwili śmierci miała 70 lat. Przez 34 lata żyli oni razem jak małżeństwo, a jej stan zdrowia przed operacją był względnie dobry, była w niezłej kondycji zdrowotnej. Operacja miała poprawić jej stan zdrowia, przyniosła śmierć. Przy udanej operacji czekało ją jeszcze wiele lat życia, na co powód liczył. Zdaniem sądu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy był wystarczający do stwierdzenia, że w przypadku powoda należy mówić o krzywdzie znacznych rozmiarów, doznanej wskutek śmierci konkubiny. Sąd doszedł do przekonania, że kwota dochodzona pozwem nie jest kwotą wygórowaną zważając na ww. okoliczności, jest kwotą odpowiednią, która może złagodzić doznane cierpienia i zrekompensować krzywdę wyrządzoną przez pozwanego powodowi. Żądanie zapłaty kwoty 70.000 zł za utratę najbliższej na świecie osoby, partnera życiowego, nie może jawić się jako wygórowane, a już na pewno rażąco zawyżone, tym bardziej, że okoliczności śmierci M. M. (1) w znacznym stopniu spotęgowały cierpienie powoda i jego poczucie krzywdy.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uwzględniając powództwo w całości, zasądził kwotę 70.000 zł, przy czym zasądził ją solidarnie od obu pozwanych, a to na podstawie art. 441§1 kodeksu cywilnego, zgodnie z którym jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym, ich odpowiedzialność jest solidarna. Taka właśnie sytuacja zachodzi w niniejszym postępowaniu, bowiem obaj powodowie odpowiadają za szkodę powoda wyrządzoną czynem niedozwolonym, o czym była mowa powyżej.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 par.1 k.c. stanowiącym, że 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. Powód domagał się odsetek ustawowych od dnia doręczenia pozwu dla pozwanych. Sąd podziela pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 2011r. w sprawie I CSK 234/2010, zgodnie z którym jeżeli powód żąda od pozwanego zapłaty określonej kwoty tytułem zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od danego dnia, poprzedzającego dzień wyrokowania, odsetki te powinny być, w świetle powyższych uwag, zasądzone zgodnie z żądaniem pozwu, o ile tylko w toku postępowania zostanie wykazane, że dochodzona suma rzeczywiście się powodowi należała tytułem zadośćuczynienia od wskazanego przez niego dnia. Jeżeli natomiast sąd ustali, że zadośćuczynienie w rozmiarze odpowiadającym sumie dochodzonej przez powoda należy się dopiero od dnia wyrokowania, odsetki

od zasądzonego w takim przypadku zadośćuczynienia mogą się należeć dopiero od dnia wyrokowania. Sąd oceniając zasadność roszczenia zgłoszonego przez stronę powodową wziął pod uwagę fakt, iż od dnia śmierci M. M. (1) do dnia złożenia pozwu w sądzie upłynął okres ponad 6 lat, w tym czasie prawomocnie ustalono fakt popełnienia występku przez W. G., skutkującego śmiercią M. M. (1), zatem istniały podstawy do przyjęcia, że powód ma prawo żądać zapłaty zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Ponieważ wcześniej powód nie wzywał pozwanych do zapłaty, doręczenie odpisu pozwu zastąpiło to wezwanie do zapłaty, powodujące wymagalność roszczenia o zadośćuczynienie. Pozwany Szpital (...) Spółka z o.o. w G. odebrał odpis pozwu w dniu 17 kwietnia 2015r., zaś pozwany W. G. w dniu 9 lipca 2015r. (doręczenie pozwu uznano za doręczone wobec prawidłowego awizowania i nieodebrania w terminie przez pozwanego). Sąd uznał, że od daty doręczenia pozwu termin 14 dni był wystarczający na spełnienie świadczenia względem powoda, zatem od 15. dnia pozwani byli już w opóźnieniu. Skoro jednak pozwanym doręczono odpis pozwu w różnych datach, zaś zobowiązanie pozwanych ma charakter solidarny, należało przyjąć jednorodnie początek biegu terminu wymagalności roszczenia, powodującego naliczanie odsetek. Zatem sąd uznał, że od dnia 23 lipca 2015r. pozwani pozostawali już w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia dochodzonego pozwem, gdyż odpis pozwu uznano za doręczony pozwanemu W. G. z dniem 9 lipca 2015r. plus kolejne 14 dni daje datę końcową 22 lipca 2015r., zaś od dnia następnego należy liczyć odsetki. Sąd uwzględnił przy tym zmianę przepisu art. 481 §2 k.c., który od dnia 1 stycznia 2016r. brzmi: jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe za opóźnienie w wysokości równej sumie stopy referencyjnej Narodowego Banku Polskiego i 5,5 punktów procentowych. Jednakże gdy wiarytelność jest oprocentowana według stopy wyższej, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy. Tym samym od dnia 1 stycznia 2016r. istniała podstawa do zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie. Mając powyższe na uwadze sąd zasądził od zasądzonych kwot odsetki ustawowe od dnia 23 lipca 2015r. do 31 grudnia 2015r. oraz odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r do dnia zapłaty.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art.98 k.p.c. Powód poniósł następujące koszty procesu: 500 zł tytułem opłaty od pozwu, 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa, 3600 zł tytułem wynagrodzenia pełnomocnika zawodowego, 2.200 zł tytułem zaliczek na poczet opinii biegłego, łącznie 6.317 zł. Powód wygrał sprawę w całości, zatem należy mu się zwrot kosztów procesu od strony pozwanej w całości. Ponieważ pozwani ponoszą odpowiedzialność solidarną, to koszty procesu także należało zasądzić solidarnie. Mając powyższe na uwadze, sąd orzekł jak w pkt III wyroku.

Ponieważ W. G. nie stawił się na żadną rozprawę i w ogóle nie wdał się w spór co do istoty sprawy, istniały podstawy do wydania co do jego osoby wyroku zaocznego, zgodnie z treścią art.339 k.p.c. To z kolei na podstawie art.333§1 pkt 3 k.p.c. obligowało sąd do nadania temu wyrokowi w stosunku do W. G. rygoru natychmiastowej wykonalności (pkt III wyroku).

SSR Magdalena Dąbrowska

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...) Szpitala (...) sp. z o.o. w G.;

3.(...).

4.(...)W. G.).

5. (...).

G., dnia 10 stycznia 2017r. SSR M. D.