

Sygn. akt **IC 20/11**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 grudnia 2014 r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Mariusz Tchórzewski

Protokolant: Ewa Wolniak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 24 listopada 2014 r. w Lublinie

sprawy z powództw:

M. A. o zasądzenie odszkodowania 110.000,- zł i zadośćuczynienia 100.000,- zł

P. A. (1) o zasądzenie odszkodowania 100.000,- zł, zadośćuczynienia 100.000,- zł i renty miesięcznej 1000,- zł od stycznia 2011 r. włącznie

P. A. (1) o zasądzenie odszkodowania 100.000,- zł, zadośćuczynienia 100.000,- zł i renty miesięcznej 1000,- zł od stycznia 2011 r. włącznie

przeciwko (...) Sp. z o.o. w O.

przy udziale interwenienta (...) T.U. S.A. w W.

I. oddała powództwa;

II. oddała wniosek interwenienta ubocznego o zwrot kosztów interwencji

III. nie obciąża powodów kosztami procesu poniesionymi przez pozwaną;

IV. kosztami sądowymi, od ponoszenia których powodowie byli zwolnieni, obciąża Skarb Państwa;

V. przyznaje adwokat M. N. od Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 7200,- (siedem tysięcy dwieście) zł, powiększoną o stawkę podatku VAT obowiązującą w dacie wyrokowania, tytułem opłaty za pomoc prawną udzieloną powodom z urzędu.

Sygn. akt IC 20/11

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 10.01.2011 roku M. A. oraz reprezentowani przez niego małoletni P. A. (1) i R. A. wnieśli o zasądzenie od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w O.:

1. na rzecz M. A. kwoty 110 000 złotych odszkodowania;
2. na rzecz P. A. (1) kwoty 100 000 złotych odszkodowania;
3. na rzecz R. A. kwoty 100 000 złotych odszkodowania;

4. na rzecz R. A. kwoty po 1000 złotych miesięcznie tytułem renty płatnej do 10-ego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, płatnej do rąk jego przedstawiciela ustawowego M. A. poczynając od dnia wniesienia pozwu;
5. na rzecz P. A. (1) kwoty po 1000 złotych miesięcznie tytułem renty płatnej do 10-ego dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami na wypadek uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat, płatnej do rąk jego przedstawiciela ustawowego M. A. poczynając od dnia wniesienia pozwu;
6. na rzecz M. A. kwoty 100 000 złotych zadośćuczynienia;
7. na rzecz P. A. (1) kwoty 100 000 złotych zadośćuczynienia;
8. na rzecz R. A. kwoty 100 000 złotych zadośćuczynienia

(pozew – k. 2-7, pismo precyzujące oznaczenie strony pozwanej k.147).

W uzasadnieniu powodowie wskazali, iż odszkodowań i renty domagają się w związku ze znacznym pogorszeniem ich sytuacji życiowej spowodowanej śmiercią K. A. i P. A. (2). Zadośćuczynienia dochodzone są w związku z krzywdą spowodowaną śmiercią K. A. i P. A. (2). Powodowie wskazali, iż do śmierci K. A. i P. A. (2) doszło na skutek błędu organizacyjnego pozwanego, polegającego na nieprawidłowościach w zakresie opieki anestezjologicznej udzielonej zmarłym w trakcie porodu P. A. (2).

W odpowiedzi na pozew z 14.02.2011 r. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w O. wniósł o oddalenie powództwa w całości (odpowiedź na pozew – k. 40-42).

Uzasadniając swoje stanowisko pozwany wskazał, iż nie ponosi odpowiedzialności za śmierć K. A. i P. A. (2), gdyż udzielona pomoc medyczna była prawidłowa, zaś obecność w szpitalu anestezjologa nie gwarantowała uratowania życia wymienionych.

W piśmie z dnia 12.04.2011 r. (...) Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna w Ł. zgłosiła przystąpienie do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (k. 358-359).

W dniu 22 listopada 2013 r. dotychczasowy pozwany został przekształcony z mocy prawa w spółkę (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w O., która w trybie sukcesji uniwersalnej przejęła jego zobowiązania (odpis KRS – k. 688-696).

W toku procesu strony oraz interwenient uboczny podtrzymały swoje stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 10.01.2007 r. o godzinie 18:00 K. A., będąca w dziewiątym miesiącu trzeciej ciąży, została przyjęta do Szpitala (...) w P. przez położną A. P.. Pielęgniarka przeprowadziła wywiad, podczas którego odnotowała, iż pacjentka po drugim porodzie miała zatorowość żylną, a w obecnej ciąży cierpiała na cukrzycę ciążową i zaparcia, zaznaczyła odpłynięcie wód płodowych oraz odnotowała akcję skurczową co 2-3 minuty. Lekarz K. B. przeprowadził badanie ginekologiczne. Podczas badania stwierdzono u pacjentki temperaturę ciała 37 stopni C, tętno 78 uderzeń na minutę, ciśnienie tętnicze krwi 100/60 mmHg. Odnotowano również obrzęki kończyn dolnych i żylaki lewej kończyny dolnej. K. A. została podłączona do kardiogramu (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, zeznania A. P. – k. 510-511).

O godzinie 19:00 opiekę nad K. A. przejęła położna R. P.. Przeprowadzono badanie położnicze, jego wyniki pozwalały na przeprowadzenie porodu sposobem naturalnym. O godzinie 20:00 lekarz położnik K. B. przebił pęcherz płodowy i stwierdził wypłynięcie wód płodowych (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, zeznania K. B. – k. 450v-451, zeznania R. P. – k. 484-485v).

O godzinie 20:55 lekarz stwierdził występowanie słabych skurczy, pacjentce podano oksytocynę i glukozę. Tętno płodu było prawidłowe i wynosiło 140 uderzeń na minutę. O godzinie 21:00 zaobserwowano zwolnienie tętna płodu do 80 uderzeń na minutę oraz brak postępu porodu. Lekarz zdecydował o zastosowaniu V. E. (próżnociągu). O godzinie 21:10 przy zastosowaniu próżnociągu K. A. urodziła dziecko – P. A. (2). Po 10 minutach pacjentka urodziła łożysko, lekarz K. B. zaszył jej krocze (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, zeznania K. B. – k. 450v-451, zeznania R. P. – k. 484-485v, opinia biegłej z dziedziny ginekologii i położnictwa M. R. – L., opiniującej w imieniu jednostki naukowo-badawczej –k. 628-632).

O godzinie 21:30 zaobserwowano zwiększone krwawienie z dróg rodnych K. A.. Lekarz K. B. wykonał kontrolę jamy macicy i jej łyżeczkowanie. Pacjentce podłączono kroplówkę z oksytocyną oraz podano dolargan i cytotec. O godzinie 21:40, z uwagi na podkrwawianie i utrzymujący się nadal zły stan pacjentki K. B. zawiadomił ordynatora oddziału W. K. oraz zamówił „na cito” 4 jednostki krwi i 3 jednostki osocza. Pobrano krew do badań oraz podano K. A. enzaprost i glukozę we wlewie ciągłym. W. K. przybył do szpitala o godzinie 21:50, wykonał kontrolę macicy pacjentki i rozpoczął masaż zewnętrzny mięśnia macicy. Macica weszła w skurcz, nie stwierdzono obrażeń kanału rodnego. Ordynator ponownie wyłyżeczkował jamę macicy, nie stwierdził resztek po porodzie, nie ujawniono przerwania ciągłości macicy. Zakwalifikował K. A. do natychmiastowej operacji, której nie rozpoczynano „z przyczyn anestetycznych” i braku dowozu krwi z L. (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, zeznania K. B. – k. 450v-451, zeznania W. K. – k. 451-452, zeznania R. P. – k. 484-485v, opinia j.w.).

W czasie opisanych zdarzeń dyżur anestetyczny w szpitalu pełniła B. W.. Od godziny 20:45 do 21:30 asystowała przy operacji ropowiczego zapalenia wyrostka robaczkowego, która odbywała się w drugim budynku szpitala położonym w O., w odległości 7 km od budynku szpitala w P.. Szpital obejmuje dwa budynki położone we wskazanych miastach i dyżurujący lekarz anestezjolog zapewnia obsługę obu budynków. B. W. telefonicznie została poinformowana o konieczności udzielenia pomocy anestetycznej K. A. i P. A. (2). Z uwagi na uczestniczenie w operacji, nie mogła ona opuścić budynku szpitala w O. do czasu jej zakończenia i bezpiecznego wybudzenia pacjenta. Telefonicznie poinformowała drugiego z anestezjologów zatrudnionych w szpitalu o zaistniałej sytuacji. Anestezjolog M. Ell N. przybył do szpitala w P. około godziny 21:00. W pierwszej kolejności udzielił on pomocy anestetycznej P. A. (2) (dowód: pismo ordynatora oddziału – k. 308, lista dyżurów – k. 418, zeznania J. O. – k. 449-450v, zeznania B. W. – k. 452-453, zeznania M. Al (...) – k. 453-453v, zeznania A. R. – k. 513-513v, opinie biegłej z dziedziny ginekologii i położnictwa M. R. – L. –k. 628-632, k. 662-667).

O godzinie 21:46 wezwano karetkę z (...) Szpitala (...) w L., miała ona dowieźć krew dla pacjentki oraz zabrać noworodka do szpitala w L. o wyższym stopniu referencyjności. Przyjazd karetki z L. do P. zajmuje około godziny. Opiekę anestetyczną K. A. uzyskała około godziny 22:00, kiedy to, po zaintubowaniu P. A. (2), udał się do niej lekarz M. Ell N.. Wówczas K. A. nie oddychała już samodzielnie. Pielęgniarka R. P. wykonała sztuczne oddychanie, a M. Ell N. pośredni masaż serca. Następnie, około godziny 22:20 K. A. została zaintubowana, podano jej płyn krwiozastępczy oraz dwie kroplówki z solą fizjologiczną i płyn wieloelektrolitowy. Około godziny 22:40 W. K. poinformował o zaistniałej sytuacji prof. J. O. – Konsultanta Wojewódzkiego do spraw Ginekologii i Położnictwa. J. O. zalecił operowanie pacjentki. O godzinie karetką 22:40 przybyła do szpitala w P., przywożąc krew dla K. A. (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, karta zlecenia wyjazdu – k. 296, zeznania J. O. – k. 449-450v, zeznania W. K. – k. 451-452, zeznania W. K. – k. 451-452, zeznania B. R. – k. 483-483v, zeznania R. P. – k. 484-485v, zeznania Ł. J. – k. 615 minuty: 6:50-8:50, zeznania P. G. – k. 615 minuty 11:47-22:00).

Około godziny 23:00 rozpoczęto operację K. A.. Początkowo pacjentkę operował W. K., jego asystentem był K. B.. Po otwarciu jamy brzusznej pacjentki stwierdzono dużą, atoniczną macicę. W jamie brzusznej znajdowało się około 500 ml krwi, w obrębie lewych przymacicz - duży krwiał, w przymaciczach – duże żyłaki. Po prawej stronie podklemowano, odcięto i podwiązano więzadło właściwe jajnika, obłe oraz tętnicę maciczną. Po lewej stronie podklemowano, odcięto i podwiązano więzadło lejkowo – miedniczne i obłe. Od tego momentu dalsze prowadzenie zabiegu przejął przybyły z L. prof. J. O., asystował mu W. K.. Podwiązano tętnice biodrowe wewnętrzne, a następnie dokończono wycinanie macicy.

Po odcięciu macicy pochwę operowanej zaszyto na głucho, a powłoki brzuszne warstwowo (dowód: opis przebiegu operacji – k. 312, zeznania J. O. – k. 449-450v, zeznania W. K. – k. 451-452).

Podczas operacji doszło do zatrzymania krążenia pacjentki. Zastosowano defibrylator, pośredni masaż serca oraz środki farmakologiczne. Mimo tych działań, K. A. zmarła w dniu 11 stycznia 2007 roku, o godzinie 00:50. W karcie zgonu jako przyczynę śmierci odnotowano krwotok poporodowy (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, wynik badania patomorfologicznego – k. 313-314, zeznania J. O. – k. 449-450v).

Pęknięcie macicy jest bardzo rzadko występującym powikłaniem okołoporodowym, występuje u pacjentek, które wcześniej przechodziły zabieg operacyjny na macicy, np. w postaci cięcia cesarskiego. Zabieg polegający na wycięciu macicy w połączeniu z podwiązaniem tętnic biodrowych wewnętrznych jest właściwą procedurą postępowania w tego typu przypadkach. Ze względu na wystąpienie krwotoku poporodowego decyzja o udzieleniu opisanej pomocy medycznej w szpitalu w P. była trafna. Transport pacjentki do innego szpitala we wstrząsie hipowolemicznym był przeciwwskazany. Obecność anestezjologa wpłynęłaby na wcześniejsze udzielenie pomocy K. A., jednak nie dawała żadnej pewnej gwarancji powrotu do zdrowia lub przeżycia. Nieobecność anestezjologa nie wpłynęła przy tym na opóźnienie w wykonaniu zabiegu operacyjnego, który rozpoczęto z chwilą przywozu krwi do szpitala, już po zaopatrzenie anestezjologicznym K. A. (dowód: zeznania J. O. – k. 449-450v, opinie biegłej z dziedziny ginekologii i położnictwa M. R. – L. – k. 628-632, k. 662-667; dokumentacja medyczna k.161-314).

P. A. (2) urodził się z zamartwicą, był blady, nie oddychał, miał szyję opętloną pępowiną, ważył 300 g. Noworodek został zbadany przez lekarza neonatologa M. P. (1), który przyznał mu 1 pkt w skali Apgar za pracę serca. Bezpośrednio po przyjściu dziecka na świat, o godzinie 21:13 lekarz zastosował wobec noworodka tlenoterapię za pomocą worka Ambu oraz zewnętrzny masaż serca. Dziecku podano adrenalinę, hydrocortizon i tlen. Rytm serca P. A. (3) ustabilizował się na poziomie 112-120 uderzeń na minutę. Intubację wykonano o godzinie 21:40 przy udziale anestezjologa M.N.. Pacjenta umieszczono w inkubatorze. Lekarz zdecydował o konieczności przewiezienia noworodka do (...) Szpitala (...) w L., w tym celu wezwał z L. karetkę typu N. Karetka przybyła około godziny 22:40 (przywożąc też krew dla położnicy), do tego czasu P. A. (2) pozostawał pod obserwacją i opieką lekarza pediatrii. W skład zespołu karetki wchodził pielęgniarz Ł. J. oraz lekarz pediatra P. G.. Po przybyciu do szpitala w P. zbadał on noworodka, stwierdził reaktywność, brak reakcji na bodźce zewnętrzne i niewydolność krążenia. Ponownie zaintubował dziecko i założył mu cewnik oraz podłączył pompę infuzyjną. O godzinie 23:45 noworodka przewieziono karetką do (...) Szpitala (...) w L., gdzie zmarł w dniu 19 lutego 2007 roku (dowód: dokumentacja medyczna – k. 161-285, k. 299-302, k. 301-307, k. 309-311, k. 332, zeznania M. P. (2) – k. 511-512v, zeznania Ł. J. – k. 615, zeznania P. G. – k. 615).

Jeżeli przyczyną bezdechu noworodka jest zamartwica okołoporodowa należy niezwłocznie podjąć próbę zainicjowania oddechu przy pomocy maski Ambu, a jeśli nie przynosi to pożądanych efektów, należy zaintubować dziecko. Decyzję taką może podjąć jedynie lekarz neonatolog zajmujący się noworodkiem, sytuacja taka miała też miejsce w szpitalu po porodzie P. A. (2). Obecność anestezjologa wpłynęłaby na wcześniejsze zaintubowanie P. A. (2), jednak nie dawała żadnej pewnej gwarancji powrotu do zdrowia lub jego przeżycia ze względu na stan dziecka wynikający z samego przebiegu porodu (dowód: opinie biegłej z dziedziny ginekologii i położnictwa M. R. – k. 628-632, k. 662-667).

W 2007 roku pozwany ZOZ nie był zobowiązany do prowadzenia oddziału anestezjologii dla oddziału ginekologiczno-położnicznego, podobnie jak większość szpitali w Polsce o analogicznym stopniu referencyjności. Miał jedynie obowiązek (w świetle kontraktu z NFZ) zapewnienia stałej dostępności anestezjologa. W strukturze organizacyjnej pozwanego utworzony jest jeden szpital, którego oddziały położone są w dwóch budynkach – w O. i w P.. Lekarz anestezjolog powinien być obecny w szpitalu na wypadek konieczności przeprowadzenia pilnego cięcia cesarskiego, jednakże analogicznie jak w innych szpitalach w kraju, w przypadku asystowania przy operacji na innym oddziale nie mógł równocześnie przeprowadzać czynności na Oddziale Ginekologii (dowód: zarządzenie Prezesa NFZ – k. 600 – 605, opinie biegłej z dziedziny ginekologii i położnictwa M. R. – k. 628-632, k. 662-667).

Postanowieniem z dnia 16 lutego 2010 roku prokurator Prokuratury Rejonowej w Opolu Lubelskim umorzył postępowanie w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci K. A. oraz P. A. (2), a także przerobienia dokumentów, w celu użycia za autentyczne, w postaci kopii historii rozwoju noworodka oraz notatki dotyczącej braku zgody na leczenie w dniu 10 lub 11 stycznia 2007 roku. Postanowienie zostało utrzymane w mocy postanowieniem Sądu Rejonowego w Opolu Lubelskim (dowód: postanowienie o umorzeniu śledztwa – k. 340-348, postanowienie Sądu Rejonowego w Opolu Lubelskim z dnia 17 czerwca 2010 r. sygn. II Kp 116/10 – k. 349-354, dokumenty ze śledztwa k.155-160 i 345-354).

W chwili śmierci K. A. miała 32 lata, z wykształcenia była krawcową. Przed zdarzeniem nie pracowała zawodowo, pomagała mężowi w prowadzeniu gospodarstwa rolnego o powierzchni 7 ha, przywoziła pracowników do pracy oraz zajmowała się dziećmi (małoletnimi powodami) i domem. Dzieci miały bliską relację z matką, razem z nią wyjeżdżały na wczasy. Matka pomagała im w nauce. Powodowie ciężko przeżyli jej śmierć, dzieci zamknęły się w sobie, w chwili jej śmierci miały 10 i 12 lat. M. A. chodził na cmentarz, siadał na grobie żony i płakał. Po pogrzebie K. A. dziećmi opiekowała się siostra M. A.- H. B.. Po śmierci żony M. A. ograniczył wyjazdy mające na celu sprzedaż uprawianych owoców, obecnie odbiorcy przyjeżdżają do niego (dowód: zeznania S. S. - k. 453v-455v, zeznania H. B. – k. 486-486v, zeznania powoda M. A. – k. 686).

Opisany stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o przywołane dowody, w tym dokumentację medyczną K. A. i P. A. (2) zawartą w aktach sprawy oraz zeznania świadków i powoda.

W sprawie przeprowadzono łącznie dowody z opinii podstawowej i uzupełniającej biegłej z dziedziny ginekologii i położnictwa M.. R., wyznaczonej do opiniowania w imieniu instytutu naukowo-badawczego – Ginekologiczno-Położniczego Szpitala (...) w P. (k.627). W ramach kontroli merytorycznej i formalnej opinii, Sąd nie dopatrył się żadnych nieprawidłowości nakazujących odebranie złożonym opiniom przymiotu pełnowartościowego źródła dowodowego. Biegła wskazała wszelkie przesłanki przyjętego rozumowania, przedstawiła także jego tok. Wnioski płynące z opinii są klarowne i wynikają z przyjętych podstaw oraz wiedzy specjalistycznej bezspornie posiadanej przez lekarza legitymującego się najwyższym tytułem naukowym. Sąd nie dopatrył się w nich błędów logicznych, niezgodności z życiowym doświadczeniem bądź też niespójności z pozostałym materiałem dowodowym. W tych warunkach opinie posłużyły za pełnowartościową podstawę dokonanych ustaleń faktycznych, pozwalając także na weryfikację wiarygodności dowodów osobowych. Żadna ze stron nie zakwestionowała ostatecznych wniosków i ustaleń opinii, które Sąd podzielił.

Co do zasady, Sąd obdarzył wiarą wszystkie dowody opisane powyżej. Zeznania personelu medycznego były relacją z udziału w procesie porodu i udzielanej następnie pomocy medycznej w pozwanej jednostce i w kluczowych kwestiach pokrywały się z zapisami zawartymi w dokumentacji medycznej. Niewielkie różnice w zeznaniach świadków oraz brak opisu szczegółów zdarzenia wynikały w ocenie Sądu z upływu czasu i związanym z tym naturalnym procesem zapominania. W tym zakresie wskazać zwłaszcza należy na zeznania P. G. – lekarza, który przyjechał karetką do szpitala w P.. Świadek zeznał wprawdzie, iż wydaje mu się, że dziecko nie było zaintubowane, jednak wskazać należy, iż zeznania te nie były stanowcze, świadek nie pamiętał szczegółowo okoliczności zdarzenia i sam przyznał, że okoliczność ta stanowi jedynie jego domysły.

Zeznania powoda M. A. zostały obdarzone wiarą w całości, nie były one kwestionowane przez stronę pozwaną oraz interwenienta ubocznego. Zaznaczyć przy tym należy, iż nie miały one kluczowego znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Zeznania świadków: B. P., S. R., A. W., M. Ł., J. S., J. P., L. N. były nieprzydatne dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem świadkowie nie pamiętali okoliczności zdarzenia.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwa wszystkich powodów podlegają oddaleniu, z uwagi na niesprostanie obowiązkowi udowodnienia zaistnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności pozwanego.

Wszyscy powodowie domagali się zasądzenia jednakowych kwot pieniężnych, tytułem zadośćuczynień, z tytułu jednakich krzywd, które miały być im wyrządzone wskutek śmierci K. A. i P. A. (2), nadto odszkodowań z tytułu znacznego pogorszenia się sytuacji życiowej powodów, M. A. domagał się zwrotu kosztów pogrzebu, zaś P. i R. A. – renty alimentacyjnej.

W przedmiotowej sprawie fakty, z którym powodowie wiążą swoje roszczenia, nie były sporne. Sporna natomiast była ich ocena, w szczególności zaś, czy pozwanemu można postawić zarzut niewłaściwej w dacie zdarzenia organizacji pracy anestezjologów, a przy pozytywnym rozstrzygnięciu - czy zachodzi adekwatny związek przyczynowy pomiędzy opóźnieniem w udzieleniu pomocy anestezjologicznej K. i P. A. (2), a ich śmiercią. Jak wynika z twierdzeń strony powodowej oraz opinii specjalistycznej, nie sformułowano przy tym zarzutu i nie stwierdzono nieprawidłowości w pozostałych aspektach opieki medycznej udzielonej przez personel ZOZ-u położnicy i noworodkowi. Kwestia prawidłowości działań medycznych w trakcie porodu P. A. (2) i po porodzie, zastosowanych procedur i metod leczniczych, została jednoznacznie i kategorycznie ustalona wnioskami opinii przeprowadzonej w sprawie.

Ze względu na datę zdarzenia i stan prawny obowiązujący ówczesnie, podstawą wywodzonej odpowiedzialności pozwanego szpitala, na której strona reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika opiera swoje żądania o zasądzenie zadośćuczynienia, jest art. 448 k.c., pozostający w związku z art. 415 k.c., a w przypadku pozostałych roszczeń przepisy art. 446 § 1-3 k.c. w zw. z art. 430 k.c. i art. 120 k.p., regulującymi odpowiedzialność pracodawcy, za zawinione działanie (zaniechanie) podporządkowanego mu personelu medycznego, wyrządzające szkodę.

Roszczenie o zadośćuczynienie oparte na wskazanym przepisie zaliczane jest do roszczeń majątkowych, związanych z ochroną dóbr osobistych. Dobra osobiste w polskim prawie cywilnym są ujmowane w kategoriach obiektywnych, jako wartości o charakterze niemajątkowym, ściśle związane z osobą ludzką, decydujące o jej byciu, pozycji w społeczeństwie, będące wyrazem jej odrębności psychicznej i fizycznej, uznane powszechnie w społeczeństwie i akceptowane przez system prawny (por. wyrok SN z 10.06.1997 r. II CR 187/77, wyrok SN z 06.05.2010 r. II CSK 640/09, a także red. E.Gniewek „Kodeks cywilny. Komentarz” C.H.Beck Warszawa 2011, str. 56, t.2). Istotą dóbr osobistych jest ścisły związek z podmiotem, któremu przysługują. Art. 23 k.c. zawiera ich przykłady, katalog takich dóbr jest otwarty. Bezspornie dobrem osobistym objętym ochroną statutu cywilnego jest prawo do życia w pełnej rodzinie.

W przypadku ochrony majątkowej dóbr osobistych, a takie roszczenie zgłoszono w sprawie niniejszej, podstawą prawną rozstrzygnięcia musi być art. 448 k.c., rozszerzający ochronę z art. 24 § 1 k.c. Jak podkreśla się w doktrynie, obecnie zdaje się dominować w nauce prawa stanowisko, że przywołany przepis (i zawarta w nim majątkowa ochrona dóbr osobistych za doznana krzywdę) może znajdować zastosowanie tylko w razie zawinionego naruszenia dóbr osobistych (E.Gniewek op.cit., str. 821, t.2 i przywołana tam literatura). Kwestia ta nie jest również jednoznacznie ujmowana w judykaturze, choć należy odnotować stanowisko uniezależniające odpowiedzialność Skarbu Państwa za jego funkcjonariuszy, na podstawie art. 448 k.c., od winy bezpośredniego sprawcy (uchwała [7] SN z 18.10.2011 r. III CZP 25/11). Tym nie mniej, w realiach sprawy, kwestie te nie wpływały na treść rozstrzygnięcia, gdyż bezspornie przedmiotem procesu nie była ocena działania funkcjonariuszy państwowych, lecz pracowników pozwanej osoby prawnej.

Dyspozycja art. 120 § 1 k.p. wkracza w unormowania prawa cywilnego przez ustanowienie wyłącznej legitymacji biernej pracodawcy. Przepis ten nie określa jednakże podstawy normatywnej samego roszczenia poszkodowanej osoby trzeciej, pozostają nią przepisy k.c., w tym zwłaszcza przywołane wcześniej (por. wyrok SN z 25.03.1987 II CR 48/87, wyrok SN z 30.05.1980 I CR 139/80 OSP 1981/9/163, wyrok SA w Krakowie z 28.09.1999 I ACa 464/99 TPP 2002/3/131).

Na stronie powodowej ciążył, zatem obowiązek wykazania, w odniesieniu do wszystkich roszczeń, wystąpienia następujących przesłanek: 1/ powstania szkody, 2/ faktu wywołującego szkodę, z którym ustawa wiąże obowiązek jej naprawienia (czyli zawinonego działania-zaniechania pracownika pozwanego), 3/związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a faktem (por. Janina Panowicz-Lipska „Majątkowa ochrona dóbr osobistych” Wyd.Praw. W-wa 1975, str. 43).

Bark udowodnienia zaistnienia choćby tylko jednej ze wskazanych przesłanek odpowiedzialności pozwanego nakazuje oddalenie powództwa w całości i sytuacja taka zaistniała in casu.

W aspekcie krzywdy, pod pojęciem „szkody” kryją się wszelkie uszczerbki, które leżą poza strefą ekonomiczną poszkodowanego, nie mające charakteru majątkowego. Ujmowane są jako cierpienia fizyczne (ból i inne dolegliwości psychosomatyczne) oraz cierpienia psychiczne („ujemne” uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi) (por. op.cit. str. 37, a także A.Szpunar „Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową w kc” P i P 1965/3 s. 364, G.Bieniek i inni w „Komentarz do kodeksu cywilnego. Zobowiązania” Tom I, Wyd.Praw. W-wa 1996, str. 367, teza 13).

System polskiego prawa cywilnego nie definiuje pojęcia „winy”, doktryna prawa opowiada się w większości przypadków za obiektywno-subiektywnym jej rozumieniem (red. E.Gniewek „Kodeks cywilny. Komentarz”, C.H.Beck Warszawa 2011, str. 706, t.1 i 2). Oznacza to, że dla przypisania sprawcy winy, koniecznym jest ustalenie w trakcie procesu zarówno jej elementu obiektywnego (bezprawności zachowania) – domniemywanego tylko przy niemajątkowej ochronie dóbr osobistych, jak też elementu subiektywnego (czyli psychicznego nastawienia sprawcy i możliwości postawienia mu zarzutu, z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody oraz przeciwdziałania jej wystąpieniu (tzw. „zły zamiar” lub niedbalstwo).

O bezprawności działania można mówić wtedy, gdy zachowanie sprawcy szkody stanowi obiektywne złamanie określonych reguł postępowania. Bezprawność czynu oznacza jego sprzeczność z obowiązującym obowiązkiem prawnym oraz zasadami współżycia społecznego (E.Gniewek op.cit., str. 707, t.4). Określa się ją niekiedy ogólnym, normatywnym, skutecznym erga omnes, nakazem niewyrządzania sobie nawzajem szkody (por. J.Widło, glosa do uchw. SN z 27.04.2001 r. III CZP 5/01, OSP 2003/6/74).

Z kolei postać i stopień winy nie mają znaczenia w reżimie odpowiedzialności deliktowej, bowiem jest ona przypisywana za każde, choćby najmniejsze zawinienie. Doktrynalne rozróżnienie – za prawem karnym – na winę umyślną i nieumyślną, w statucie cywilnym łączy się w istocie z rozróżnieniem złego zamiaru i niedbalstwa, brak jest postaci lekkomyślności. Niedbalstwo łączy się ze stwierdzeniem, że do szkody doszło wskutek niezachowania przez sprawcę staranności wymaganej w warunkach danego rodzaju, a oznaczony wzorzec ma charakter abstrakcyjny i odnosi się do każdego, kto znalazł się w podobnej sytuacji. Model starannego działania kształtują zarówno przepisy prawa, zasady współżycia społecznego, jak też zwyczaje, zasady wykonywania zawodu itp. (red. E.Gniewek op.cit., str. 711, t.19 i 20).

Zwrot „przy wykonywaniu powierzonych czynności” w sensie art. 430 k.c. winien być interpretowany, jak sformułowanie z art. 417 k.c. Dlatego powierzenie wykonywania czynności podwładnym przez zakład pracy nie musi być wyrażone i odnosić się do jakiejś konkretnej czynności, lecz pozostawać w związku z wykonywaniem czynności powierzonych w ogólności podwładnemu przez pracodawcę. Podczas rozpatrywania przesłanek odpowiedzialności z art. 430 k.c. nie można wykluczyć zastosowania konstrukcji winy anonimowej, warunkiem jest co najmniej ustalenie, że sprawca należy do kręgu podwładnych podmiotu odpowiedzialnego. (tak wyrok SN z 22.04.1977 IV CR 46/77, wyrok SN z 5.05.1998 I CKU 110/97, por. także wyrok SN z 2.12.1975 II CR 621/75 OSP 1977/6/105).

Z uwagi na fakt, iż odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma charakter szczególny, gdyż odpowiada on nie tylko za działania lub zaniechania lekarzy i personelu medycznego, ale i „winę organizacyjną”, dlatego istotę w rozstrzygnięciu niniejszej sprawy – biorąc pod uwagę okoliczności, na które powoływał się powód – stanowiło ustalenie, czy w procesie odbioru porodu P. A. (2) prowadzonego w pozwanym szpitalu, lekarzom tej jednostki można przypisać błąd w sztuce lekarskiej, w zakresie postawionego rozpoznania i podjęcia wadliwego leczenia, lub zaniechania leczenia właściwego, a samemu szpitalowi można postawić zarzut „winy organizacyjnej” w aspekcie

wadliwej organizacji specjalistycznej ochrony zdrowia pacjentów, poprzez niezapewnienie stałej dostępności opieki anestezjologicznej dla położnicy i noworodka. Ustalenie zaistnienia błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. W piśmiennictwie prawniczym i lekarskim wprowadza się różne podziały błędów lekarskich. Najczęściej spotykany, to podział na: 1/ błąd diagnostyczny (rozpoznania), 2/ błąd terapeutyczny (błąd w leczeniu), 3/ błąd rokowania (prognozy). Błąd diagnostyczny polega na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia. Już sam błąd w sztuce lekarskiej wypełnia obiektywny element winy. Subiektywny element winy zachodzi wówczas, gdy ogólnie można stwierdzić, że postępowanie danej osoby, w tym wypadku lekarza, można ocenić ujemnie z punktu widzenia przepisów prawnych, umowy, ogólnych reguł zachowania się, istoty zawodu, zasad deontologii. W sprawie będącej przedmiotem rozstrzygnięcia nie ma konieczności indywidualizowania pracownika, czy pracowników, których działanie lub zaniechanie byłoby źródłem szkody. Powództwo w tego rodzaju sprawach jest, bowiem kierowane nie przeciwko tej osobie, ale przeciwko jednostce służby zdrowia, która ją zatrudnia. Dla rozstrzygnięcia sprawy wystarczające jest ustalenie, że winę ponosi jeden z członków określonego zespołu pracowników (tzw. „wina bezimienna, anonimowa”) (por. uchw. SN z dnia 15 lutego 1971 r., III CZP 33/70, OSNCP 1971/4/poz.59). Taką winę anonimową pracowników szpitala w trakcie narodzin P. A. (2) kategorycznie wykluczono w opinii instytutu naukowo-badawczego wywołanej w sprawie, biegły opiniujący uzupełniająco w imieniu jednostki naukowo-badawczej dogłębnie, szczegółowo i przekonująco wyjaśnił i umotywował niezasadność zarzutów i własnych wniosków powoda wysuniętych w stosunku do opinii pierwotnej. Należy również zważyć, że analogicznych ustaleń dokonano w postępowaniu karnym, wszczętym na wniosek powoda zarzucającego personelowi pozwanego niedochowanie należytej staranności i doprowadzenie do śmierci żony i syna, a konkluzję tę ostatecznie potwierdził sąd powszechny oddalający zażalenie powoda na postanowienie prokuratora (przywołane dowody z akt śledztwa). Wnioski organów procesowych w sprawie karnej zostały również oparte na opinii instytutu naukowo-badawczego i dowody te, nie będące podstawą ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie, mogły być wykorzystane dla oceny wiarygodności dowodów przeprowadzonych w procesie, jak również dla ich weryfikacji w aspekcie zasad doświadczenia życiowego i logicznego rozumowania.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe w postaci zeznań świadków i ustaleń opinii specjalistycznej pozwoliło natomiast przypisać brak należytej staranności w procesie leczniczym żony powoda, czyli „winę organizacyjną” pozwanego (jego poprzednika prawnego) w postaci niezapewnienia realnej, stałej, natychmiastowej opieki anestezjologicznej na oddziale ginekologicznym w czasie narodzin P. A. (2). W realiach przedmiotowej sprawy zostało ustalone, iż pozwany miał obowiązek zapewnienia stałej dostępności anestezjologa na Oddziale Położnictwa i Ginekologii. Wynika to wprost z zarządzenie nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Działanie polegające na obsłudze przez jednego anestezjologa dwóch budynków szpitalnych nie może zostać uznane za wypełnienie nałożonego na szpital obowiązku.

Ustalenie to nie wpłynęło jednak na możliwość uwzględnienia powództwa z uwagi na niewykazanie przez stronę powodową zaistnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy takim zawinionym organizacyjnie działaniem poprzednika prawnego aktualnie pozwanego, a szkodą powodów i skutkiem w postaci śmierci K. A. i P. A. (2).

Strona powodowa była reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika. Wskazanie przez niego podstawy normatywnej żądań nie jest dla Sądu wiążące (choć odnotować też należy, że w postanowieniu z dnia 8.02.2013 r. (IV CZ 172/12; BSNIC 2014/10, s.54) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sąd I instancji nie ma obowiązku rozważania wszelkich możliwych podstaw odpowiedzialności pozwanego, a może ograniczyć się wyłącznie do rozważania podstawy wskazanej przez powoda w pozwie), natomiast bezspornie wiążące dla Sądu i strony przeciwnej jest oparcie powództwa na określonej podstawie faktycznej (art. 321 § 1 k.p.c.). Zgodnie z utrwaloną judykaturą, żądanie pozwu i przytoczone na jego uzasadnienie okoliczności faktyczne stanowią, bowiem jedną całość, nazywaną „powództwem” (tak SN w orzec. z 22.11.1938 r. C.II.867/38 N.Pal. 1939/5 s.220). Uwagi te są istotne o tyle, że sądowni nie wolno zasądzić czegokolwiek na podstawie innego stanu faktycznego niż ten, który jest podstawą



powództwa (orzecz. SN z 2.05.1957 r. 2 CR 305/57 OSN 1958/3/72; por. także orzecz. SN z 24.04.1935 r. C.II.3052/34 OSP 1936/143 i orzecz. SN z 28.02.1954 r. 3 CR 464/57 OSPiKA 1960/11/290).

Ostatecznie strona oparła swoje roszczenia wyłącznie na podstawie faktycznej związanej z nieudzieleniem poszkodowanemu w odpowiednim czasie pomocy anestezyjologicznej. Winna była zatem wykazać, iż pozwana placówka powinna zapewnić dyżury anestezyjologiczne w obu zarządzanych budynkach i była do tego zobowiązana kontraktem lub innym aktem, zaś ich brak wynikał z niewłaściwej organizacji pracy. Ponadto strona powodowa powinna wykazać adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy brakiem natychmiastowego dostępu do pomocy anestezyjologicznej, a śmiercią K. i P. A. (2).

Związek przyczynowy jest kategorią obiektywną i należy go pojmować jako obiektywne powiązanie ze sobą zjawiska nazwanego „przyczyną” ze zjawiskiem określonym jako „skutek”. Ustawodawca wprowadzając w art. 361 § 1 k.c. dla potrzeb odpowiedzialności cywilnej ograniczenie odpowiedzialności tylko za normalne (typowe, występujące zazwyczaj) następstwa działania lub zaniechania, z których szkoda wynikła, nie wprowadza pojęcia związku przyczynowego w rozumieniu prawnym, odmiennego od istniejącego w rzeczywistości. Ogranicza tylko odpowiedzialność do wskazanych w przepisie normalnych (adekwatnych) następstw. Istnienie związku przyczynowego jako zjawiska obiektywnego jest determinowane określonymi okolicznościami faktycznymi konkretnej sprawy i dlatego istnienie związku przyczynowego bada się w okolicznościach faktycznych określonej sprawy (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2005 r., sygn. III CK 298/2005, LexPolonica nr 1627787).

W przedmiotowej sprawie brak natychmiastowej opieki anestezyjologicznej nie miał wpływu na zakres pomocy medycznej udzielanej matce i dziecku, wbrew stanowisku strony powodowej brak jest jakichkolwiek dowodów w sprawie wskazujących, że śmierć K. i P. A. (2) była skutkiem kilkudziesięciominutowego opóźnienia w udzieleniu opieki anestezyjologicznej (dowodu takiego nie dostarczyła opinia specjalistyczna wywołana na wniosek strony powodowej).

Odnosnie P. A. (2) wskazać należy, iż został on natychmiast po porodzie objęty konieczną opieką neonatologiczną lekarza pediatry i poddany reanimacji oraz zastosowano u niego oddychanie przy pomocy worka Ambu. Jak przy tym wynika z zeznań lekarza M. P. (1), w każdej chwili był on w stanie samodzielnie zaintubować noworodka, gdyby taką potrzebę dostrzegł. Potrzeba taka istnieje jednak jedynie wówczas, gdy wcześniej stosowane środki nie przynoszą efektów. Oceny takiej może dokonać nie lekarz anestezyjolog, lecz właśnie lekarz pediatra zajmujący się noworodkiem (opinia j.w.). W chwili, gdy lekarz pediatra M. P. (1) podjął decyzję o zaintubowaniu noworodka (co mógł uczynić również samodzielnie) towarzyszył mu już anestezyjolog, który mógł tego dokonać. O tym, iż postępowanie lekarza było prawidłowe świadczy chociażby fakt, iż tętno dziecka wzrosło, co umożliwiło umieszczenie go w inkubatorze, a następnie przewiezienie do szpitala w L.. Z opinii przeprowadzonej w sprawie wynika, iż nawet natychmiastowe udzielenie pomocy anestezyjologicznej nie dawało żadnej gwarancji na przeżycie P. A. (2), opieka nad noworodkiem była prawidłowa, natomiast ciężki stan jego funkcji życiowych, określony na 1 pkt w skali Apgar (czyli najniżej w skali 10-cio stopniowej), wynikał wyłącznie z urazu okołoporodowego. Noworodek urodził się już w stanie ciężkiej zamartwicy wywołanej trudnym porodem w wyniku pęknięcia macicy i krwotoku porodowego (opinia k.631-632), od razu został objęty opieką neonatologiczną lekarską. Strona powodowa nie wykazała zatem, iż brak obecności anestezyjologa w chwili porodu wiązał się w ogóle ze skutkiem w postaci śmierci dziecka.

Nie udowodniono również związku przyczynowego pomiędzy nieobecnością anestezyjologa w trakcie porodu, a zgonem K. A.. Wprawdzie w dokumentacji medycznej znajduje się adnotacja ordynatora, iż operacja została opóźniona „z przyczyn anestezyjologicznych”, jednak postępowanie dowodowe w niniejszej sprawie wykazało, iż od chwili zakwalifikowania pacjentki do operacji, do czasu wykonania zabiegu pozostawała ona pod kontrolą lekarzy, a przed rozpoczęciem zabiegu anestezyjolog był obecny na sali. Opóźnienie w przeprowadzeniu zabiegu wynikało zaś z potrzeby oczekiwania na przywiezienie krwi do szpitala z centrum krwiodawstwa w L.. W chwili, gdy krew została przywieziona, pacjentka znajdowała się już pod opieką anestezyjologa. Przypomnieć należy, że zwiększone krwawienie zaobserwowano u położnicy o godz. 21.30 (ok. 10 minut po urodzeniu łożyska), a w tym momencie był już obecny w szpitalu w P. anestezyjolog M. Ell N., który przyjechał do szpitala ok. 21.00 i od 21.30 udzielał pomocy P. A.

(2). Już w obecności anestezjologa ordynator oddziału zakwalifikował K. A. do niezwłocznego zabiegu. Od godz. 22:00 anestezjolog M. Ell N. zajmował się wyłącznie K. A., która nie oddychała już samodzielnie. Pielęgniarka R. P. wykonywała sztuczne oddychanie, a M. Ell N. pośredni masaż serca. Następnie około godziny 22:20 K. A. została zaintubowana, podano jej płyn krwiozastępczy oraz dwie kroplówki z solą fizjologiczną i płyn wieloelektrolitowy i po przyjeździe karetki z L. z krwią i osoczem o godz. 22:40, około godz. 23:00 rozpoczęto operację. Jak wynika z ustaleń opinii, stan zdrowia K. A. był na tyle ciężki, iż nawet natychmiastowe udzielenie pomocy anestezjologicznej nie dawało żadnej gwarancji przeżycia pacjentki. W takim stanie faktycznym brak jest możliwości podzielenia zarzutu strony powodowej, iż to nieobecność anestezjologa w budynku szpitala była przyczyną śmierci pacjentki. W szpitalu cały czas podejmowano prawidłowe i właściwe procedury lecznicze zmierzające do poprawy stanu zdrowia pacjentki i wprost ratujące jej życie, zaś opóźnienie operacji spowodowane było koniecznością oczekiwania na przywiezienie krwi, co stanowiło okoliczność niezależną od strony pozwanej i wynika z ograniczonego dostępu do krwi na terenie całego kraju, w tym aspekcie organizacji pracy pozwanego oczekiwanie około godziny na przywiezienie krwi z L. w żaden sposób nie wiązało się z błędnymi decyzjami, lub zaniechaniami pozwanego, lecz ze stosowanym w Polsce trybem zaopatrywania szpitali w krew i osocze, czynności personelu medycznego oddziału ginekologicznego były ówczesznie prawidłowe i terminowe (opinia j.w.).

Powyższe czyniło bezzasadnym wszystkie roszczenia dochodzone przez powodów w sprawie.

Końcowo, strona nie udowodniła również, że rozmiar krzywdy u każdego z powodów (w tym u kilkunastoletnich dzieci), związany z dobrami osobistymi, był jednakowy i wymagał kompensaty w postaci jednakowych zadośćuczynień, renty i odszkodowania. Takie stanowisko należało przyjąć za nieudowodnione, zwłaszcza jeśli chodzi o małoletnich powodów, którzy niewątpliwie byli emocjonalnie związani z matką, natomiast noworodka widzieli jedynie kilka razy w szpitalu i oczywistym jest, że nie mogli nawiązać z nim tak głębokiej relacji.

Z tych względów, na mocy przywołanych przepisów, orzeczono jak w punkcie I.

W pkt III wyroku Sąd oddalił wniosek strony wygrywającej proces o zasądzenie kosztów postępowania, uznając, że w realiach sprawy koniecznym jest odejście od zasady wyrażonej w art. 98 § 1 i 3 k.p.c., na rzecz regulacji przewidzianej w art. 102 k.p.c. W piśmiennictwie podnosi się, iż art. 102 k.p.c. urzeczywistnia zasadę słuszności i jako przepis wyjątkowy – stanowiący wyłom w zasadzie odpowiedzialności za wynik procesu – nie podlega wykładni rozszerzającej. Nie konkretyzuje on pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych”, toteż ich kwalifikacja należy do sądu, który – uwzględniając całokształt okoliczności konkretnej sprawy – powinien kierować się własnym poczuciem sprawiedliwości. W postanowieniu z dnia 14 stycznia 1974 roku, w sprawie o sygn. akt II CZ 223/73, Sąd Najwyższy wyraził pogląd, który Sąd w pełni podziela, iż: „zastosowanie przez sąd art. 102 k.p.c. powinno być oceniane w całokształcie okoliczności, które by uzasadniały odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należą, zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego (sytuacji życiowej). Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego”.

Odnosząc powyższe do przedmiotowej sprawy należy wskazać, że sytuacja rodzinna i majątkowa powodów zaistniała po nagłej, niespodziewanej utracie żony i matki miały bezpośredni wpływ na ich emocjonalnie podejmowane decyzje i uniemożliwiały racjonalną, „chłodną” ocenę faktów i zdarzeń, prowadząc do niezasadnego obiektywnie, lecz możliwego do zrozumienia, poszukiwania osób „winnych” zaistniałej tragedii. Dodatkowo, sytuacja majątkowa małoletnich powodów oraz kontekst sytuacyjny, uwzględniający zachowanie przedstawiciela ustawowego, na które nie mieli oni wpływu, uzasadnia zastosowanie analizowanej regulacji szczególnej, dotyczącej zwrotu kosztów procesu.

Rozstrzygnięcie o kosztach sądowych, od ponoszenia których powodowie byli tymczasowo zwolnieni, oparto na dyspozycji art. 113 ust. 1 u.k.s.c.

Zgodnie z art. 107 k.p.c. Sąd może przyznać interwenientowi ubocznemu poniesione koszty interwencji od przeciwnika strony, do której przystąpił. W ocenie Sądu, w sprawie niniejszej stosowny wniosek pełnomocnika interwenienta występującego po stronie pozwanej nie był zasadny. Strona, do której interwenient uboczny przystąpił, aktywnie i

szeroko podjęła obronę przeciwko żądaniom pozwu, skutecznie – w sposób pośredni – chroniąc interes interwenienta. Instytucja przypozywania służy ochronom interesów pozwanego, zarówno poprzez wyeliminowanie przyszłego, zbędnego procesu z osobą trzecią, jak też poprzez pomoc osoby wezwanej w osiągnięciu pozytywnego rozstrzygnięcia toczącego się procesu dla samego pozwanego (art. 84 k.p.c.). Wstąpienie do sprawy w charakterze interwenienta nie jest obowiązkowe, osoba trzecia samodzielnie ocenia, czy przypozywającej stronie pozwanej konieczna jest jej pomoc. Pozwana osoba prawna była reprezentowana w sprawie przez aktywnego pełnomocnika – radcę prawnego i nie zachodziła obawa, że nieporadne zachowania strony doprowadzą do przegrania przez nią procesu. Z tych względów, prawodawca przewidział tylko możliwość zwrotów kosztów interwencji, a nie ich zasadę (jak w odniesieniu do strony, vide art. 98 k.p.c.), wyłącznie w sytuacjach szczególnych, kiedy to w istocie działania samego interwenienta pozwoliły stronie na uzyskanie korzystnego dla niej rozstrzygnięcia. W sprawie niniejszej sytuacja taka nie zachodzi, a uwzględnienie wniosku interwenienta prowadziłoby do niezasadnego pokrywdzenia powodów zwłaszcza, że nie mieli oni realnego wpływu na zgłoszenie interwencji w sprawie, zainicjowanej przez pozwaną wyłącznie w swoim własnym interesie. Z tych względów, na mocy przywołanych przepisów, orzeczono jak w punkcie II postanowienia.

Powodom przyznano w sprawie pomoc prawną świadczoną z urzędu przez adwokata. W myśl art. 29 ust. 1 pr.o adw. koszty nieopłaconej pomocy prawnej ponosi Skarb Państwa i stosowne rozstrzygnięcia zawarte w punkcie V wyroku oparto na dyspozycji § 2 ust. 3 i § 19 ust. 1 oraz § 6 pkt 7 rozporządzenia wykonawczego (Dz.U. 2013/461 – t.j.).