

Sygn. I C 730/08

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 listopada 2013 r.

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Anna Cybulska
Protokolant:	st. sekr. sąd. Jolanta Lisiowska

po rozpoznaniu w dniu 23 października 2013 r. w Lublinie

sprawy z powództwa E. K.

przeciwko (...)Szpitalowi (...) w D.i (...) Spółce Akcyjnejz siedzibą w W.

o odszkodowanie, rentę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powódki na rzecz pozwanego (...)Szpitala (...) w D.kwotę 4500 zł (cztery tysiące pięćset złotych) tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu;

III. nie obciąża powódki kosztami procesu poniesionymi przez pozwanego (...) Spółkę Akcyjną z siedzibą w W.;

IV. przejmuje na Skarb Państwa nieuiszczone w sprawie koszty sądowe.

Sygn. akt I C 730/08

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 8 grudnia 2008 roku powódka E. K. wniosła o zasądzenie od pozwanego Szpitala (...) z Przychodnią (...) w D. i (...) S.A. w W. :

kwoty 60.000,00 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w związku ze śmiercią męża z ustawowymi odsetkami od dnia 13.06.2008r do dnia zapłaty

kwoty 16.002,77 złotych tytułem zwrotu kosztów związanych z pogrzebem i pochówkiem męża z ustawowymi odsetkami od dnia 13.06.2008r do dnia zapłaty

renty w wysokości 400 złotych miesięcznie od dnia 13 lutego 2006r.platnej do 10-go każdego miesiąca tytułem pogorszenia sytuacji życiowej

oraz zasądzenia kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż odpowiedzialność pozwanych jest solidarna na zasadzie art. 366 k.c. Wskazano ponadto, iż powódka wraz z mężem w dniu 13 lutego 2006r. zgłosiła się do szpitala. Personel pozwanego

pomimo posiadania Oddziału Intensywnej Terapii i lekarzy specjalistów nie wykonał wszystkich niezbędnych badań, konsultacji, które mogłyby uratować życie męża powódki. Personel dopuścił się zaniedbania, bagatelizując objawy i nie zapewniając fachowej pomocy w wyniku, czego M. K. (1) w dniu 13.02 2006 roku umarł / pozew wraz z uzasadnieniem k. 2-3/.

W odpowiedzi na pozew z dnia 19 stycznia 2009 roku (...) Spółka Akcyjna w W. Oddział Okręgowy w L. nie uznał powództwa, wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów. Przyznał, że pozwana placówka posiadała umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzonej polisą L. (...) obejmującą okres zdarzenia. Przedłożone przez stronę powodowa dokumenty nie potwierdzają, że personel ubezpieczonej placówki popełnił błąd bądź nie dołożył należytej staranności podczas opieki nad M. K. (1). Postępowanie prowadzone w Prokuraturze Rejonowej w Rykach i powołane tam opinie biegłych nie potwierdziły zarzutów strony powodowej (k. 90-92).

Na rozprawie w dniu 26 stycznia 2009r. pozwany szpital nie uznał powództwa, wniósł o jego oddalenie(k.130v)

W dalszym toku postępowania, aż do zamknięcia przewodu sądowego strony podtrzymywały swoje stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił co następuje:

W dniu 13 lutego 2006 roku, w poniedziałek powódka wraz z mężem M. K. (1)około południa udała się do przychodni bowiem ten uskarżał się na ból gardła. Złe samopoczucie i pobolewanie gardła trwało od soboty. W przychodni przyjęci zostali przez lekarza dr M. J., która stwierdziła narastającą od godzin rannych duszność, objawy zapalenia górnych dróg oddechowych, skontrolowała podstawowe parametry, zaleciła podanie leków oraz wykonanie pilnej konsultacji laryngologicznej. Lekarz wystawiła skierowanie do poradni laryngologicznej na „cito” i do szpitala oddziału laryngologii/choroby wewnętrzne. Zdaniem tego lekarza duszność nie była widzialna i słyszalna, ale pacjent skarżył się na duszność. Ogólny stan pacjenta był w miarę dobry (k.10,11, 151, zeznania M. J.k. 236)). Z uwagi na deklarację pacjenta i jego żony iż posiadają transport lekarz odstąpiła od wzywania karetki celem dowiezienia do szpitala. M. K. (1)i powódka opuścili przychodnię ok. godziny 12.50. Do szpitala przybyli po godzinie 13-tej (wpis w karcie informacyjnej godzina 13.25 k. 168). Na Izbie Przyjęć M. K.został zbadany przez dr M. G., która po zaordynowaniu leków zleciła pilną konsultację laryngologiczną. W owym czasie w szpitalu nie było całodobowego dyżuru laryngologicznego. Szpital zatrudniał wówczas dwóch laryngologów M. K. (3)i P. J., który wówczas przebywał na urlopie. Oddział laryngologii prowadzony był wspólnie z oddziałem neurologicznym, przy czym 9 łóżek było dla laryngologii a 12 dla neurologii. Tego dnia doktor M. K. (3)pełnił dyżur od godziny 7.30 do 11.30. Jego pobyt w szpitalu przedłużył się, bowiem u dyrektora szpitala odbywała się narada. W godzinach popołudniowych na tym oddziale nie było dyżuru lekarza laryngologa, do godziny 15-tej był dyżur neurologa a potem jedynie dyżur pielęgniarski. Po powrocie z narady po godzinie 13-tej doktor M. K. (3)powiadomiony został, że na izbie przyjęć czeka pacjent na konsultację. Polecił przywiezienie pacjenta na oddział. Po zbadaniu pacjenta stwierdził „ostre zapalenie nagłośni i błony śluzowej przedstonka krtani . Pacjenta przewieźć na oddział ORLP.(oddział posiada dyżurnego laryngologa)”. Konsultację wpisał na wkładce do historii choroby i przekazał pielęgniarce która przywiozła pacjenta(k. 17). Decyzja o przewiezieniu pacjenta podjęta została z uwagi na to, że pozwana jednostka nie miała możliwości zapewnienia nadzoru w oddziale laryngologii. W tym dniu na dyżurze popołudniowym w szpitalu pozostawał lekarz internista, chirurg i anestezjolog na oddziale wewnętrznym(z pododdziałem kardiologii), chirurgii i OIOM- ie. Decyzja ta miała na celu zapewnienie opieki laryngologa w placówce, do której czas transportu wynosił 15-20 minut. Lekarz laryngolog liczył się , że przy tego typu objawach może w godzinach popołudniowych lub wieczornych wystąpić powikłanie a miał świadomość, że w tym dniu brak będzie dyżuru lekarza laryngologa. Doktor M. K. (3)pełnił wówczas funkcje ordynatora oddziału i wielokrotnie zgłaszał dyrekcji szpitala ustne monity o konieczności wprowadzenia dyżurów na oddziale laryngologiczno-neurologicznym, jednak zawsze słyszał że brak jest środków pieniężnych na opłacenie tych dyżurów (zeznania k.170-173). Po konsultacji przez laryngologa M. K. (1)przekazany został na izbę przyjęć gdzie zbadany został przez kardiologa, wykonano EKG. Pacjent miał przy sobie opis z konsultacji laryngologicznej. Kardiolog stwierdził rozpoznanie zgodne z rozpoznaniem laryngologicznym (zeznania A. K. (1)k.173v-174). W tym czasie dyżur na izbie przyjęć pełnił doktor K. O. (1), który już podczas badania kardiologicznego rozpoczął organizację transportu pacjenta do szpitala w P.. Mimo iż kończył dyżur o godz. 14 podjął decyzję, że to on pojedzie z pacjentem

do P.. Około godziny 14.10 karetka transportowa wraz z M. K. (1) i doktorem K. O. wyjechała do P.. Podróż trwała ok. 15 minut. W tym czasie pacjent siedział w karetce, prowadził rozmowę z lekarzem. Po dojechaniu do szpitala M. K. (1) chciał o własnych siłach wejść do budynku, jednak lekarz zalecił posadzenie pacjenta na wózek i podjechanie pod gabinet Izby Przyjęć Szpitala. Z uwagi na dużą liczbę pacjentów oczekujących na przyjęcie doktor K. O. zdecydował pozostawienie pacjenta wraz z kierowcą pod gabinetem Izby Przyjęć a sam udał się na Oddział Laryngologii do lekarza dyżurnego aby uzgodnić przyjęcie M. K. na Oddziale Laryngologii. Miał przy sobie kartę informacyjną z wpisem dokonanym przez dr M. G. i konsultacją dr M. K. (3) (dowód dokumenty ze szpitala w P.k.220) Po uzgodnieniu przyjęcia i zgody na rejestrację zszedł do Izby Przyjęć i dowiedział się, że M. K. jest na sali reanimacyjnej obok izby przyjęć. W czasie oczekiwania pod gabinetem Izby Przyjęć M. K. powiedział, że coraz gorzej się czuje, wówczas to kierowca zapukał do gabinetu lekarskiego i zgłosił to lekarzowi. Było to pomieszczenie SOR- u. Lekarz K. K. stwierdziła sinicę, zaburzenia oddychania. Pomogła pacjentowi przesiąść się z wózka na łóżko, zdjęć kurtkę, po czym nastąpił bezdech i utrata przytomności przez M. K.. O godzinie 14.35 rozpoczęto reanimację z udziałem anestezjologa. Mimo prób reanimacji o godzinie 15.25 stwierdzono zgon pacjenta (dokumentacja k. 220, zeznania K. K., A. G.k. 247-249).

Z uwagi na brak śladu z konsultacji laryngologicznej w dokumentacji medycznej Izby Przyjęć w szpitalu w D. dr A. K. dokonał już po wyjeździe pacjenta na karcie informacyjnej wpisu dotyczącego konsultacji laryngologicznej z zaznaczeniem, że konsultacja przekazana została do szpitala w P.. Za kilka dni doktor M. K. (3) dokonał ponownego wpisu o konsultacji pacjenta, wpis ten wklejony został do Księgi Izby Przyjęć jako ślad przeprowadzonej konsultacji (k. 169). Pierwszy wpis z konsultacji pozostał w szpitalu w P. wraz ze skierowaniem i rozpoznaniem, „ ostre zapalenie nagłośni z obrzękiem” (k.220).

Z opinii Uniwersytetu (...) w T.– Zakładu Medycyny Sądowej w B. wynika, że w pozwanym szpitalu przeprowadzono odpowiednią do zgłaszanych dolegliwości konsultację laryngologiczną w czasie której stwierdzono ostre zapalenie nagłośni. Jest to schorzenie rzadko występujące u osób dorosłych. Cechuje się bardzo szybkim tempem rozwoju, szybko nasila się duszność wdechowo-wydechowa. Rozpoznanie ostrego zapalenia nagłośni jest bezwzględny wskazaniem do pilnej hospitalizacji, podania antybiotyków a niejednokrotnie przeciwzapalnych leków sterydowych a tego rodzaju działań wobec pacjenta nie wdrożono. W obliczu zagrożenia życia a także biorąc pod uwagę wcześniejsze schorzenia pacjenta obniżające wydolność krążeniowo oddechową opiniujący uznali, że M. K. (1) winien był być hospitalizowany bezzwłocznie, bezzwłocznie winno być również wdrożone leczenie farmakologiczne. Hospitalizacja mogła być zlecona na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, którą szpital dysponował. Zła organizacja opieki laryngologicznej w szpitalu spowodowała konieczność przewiezienia pacjenta do innego szpitala, co znacznie pogorszyło stan jego zdrowia. Oddział na którym nie ma laryngologa dyżurnego powinien mieć zabezpieczenie dyżurowe lekarza innej specjalności np. anestezjologa, chirurga, internisty lub chociażby laryngologa pod „telefonem”. Zła organizacja pracy Oddziału naraziła pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia albo życia. Jakkolwiek nie można w sposób jednoznaczny przyjąć, że wcześniejsza hospitalizacja i wdrożenie intensywnego leczenia farmakologicznego zapobiegłoby zgonowi to z dużym prawdopodobieństwem dawało szansę uratowania życia M. K. (1) (opinia k. 310-316). W opinii uzupełniającej podtrzymano wcześniejsze wnioski wskazując, że pacjent powinien pozostawać pod opieką laryngologa lub anestezjologa na OIOM. Nie powinien być transportowany do innego szpitala zwykłą karetką nie posiadającą specjalistycznego wyposażenia, jakie posiadają karetki „R” ponieważ prawdopodobieństwo wystąpienia silnej duszności było bardzo duże. Gdyby pacjent hospitalizowany był w D. szansa na to, że nie doszłoby do zatrzymania oddechu byłaby o wiele większa. Prowadzenie Oddziału Laryngologicznego wymaga opieki w pełnym zakresie. Zgodnie z wymogami stawianymi przez NFZ prowadzenie tego typu oddziałów wymaga obecności przynajmniej 2 specjalistów z zakresu laryngologii (opinia uzupełniająca k. 365-365v)

Wobec zakwestionowania tej opinii w całości przez pozwanego szpital (k.329, 383-384) dopuszczona została opinia (...) w B.. Zdaniem opiniujących lekarzy w czasie około godzinnej pobytu M. K. (1) w szpitalu w D. otrzymał on stosowne i właściwe leczenie farmakologiczne. W tym czasie nie zaobserwowano u pacjenta zaburzeń oddechowych ani sinicy. Prawdopodobnie stwierdzono i przewidywano możliwość narastania objawów związanych z ostrym zapaleniem krtani a więc duszności. Stan pacjenta nie wskazywał na potrzebę intubacji czy wykonania tracheotomii. Słusznie

uznano, że pacjent powinien przebywać w oddziale laryngologii o wyższym stopniu referencyjności, czyli w P.. Ocena stanu pacjenta dokonana przez laryngologa i innych lekarzy nie wskazywała na taki stan pacjenta by transport stanowił przeciwwskazanie. Pacjent był samodzielny w dobrym kontakcie, siedział w karetce. Transport odbył się z lekarzem w zabezpieczeniu torbą ze sprzętem do reanimacji. Transport był na niewielką odległość. W czasie transportu nie istniała potrzeba żadnych pilnych działań medycznych. Zdaniem opiniujących w działaniach lekarzy i personelu medycznego nie było błędów ani w procesie diagnostycznym ani terapeutycznym. Prawdłowo rozpoznano chorobę, zastosowano prawidłowe leczenie farmakologiczne, prawidłowo oceniono stan pacjenta i zagrożenie w czasie. Decyzja o leczeniu w oddziale laryngologicznym przystosowanym do całodobowej opieki oraz dysponującym całodobowo wyspecjalizowanym personelem i możliwością wykonania w każdym czasie niezbędnych zabiegów operacyjnych była właściwa. Opiniujący zauważają braki w obsadzie lekarskiej laryngologicznej pozwanego szpitala, które rzutują na płynność świadczeń, nie są one jednak udziałem lekarzy ani personelu medycznego, ale wynikają z organizacji, zapewne ekonomii i skromnych możliwości finansowych szpitala. Stan ostrego zapalenia krtani, rozwój choroby i narastanie objawów może być dynamiczne, może być również bezpośrednim zagrożeniem życia. Zdaniem opiniujących nie można uznać by hospitalizacja pacjenta w szpitalu w D.uchroniła pacjenta przed zagrożeniem zdrowia lub utratą życia, nie można również uznać by przewiezienie pacjenta do szpitala w P.spowodowało jego zgon. Opiniujący postawili pytanie i poddali w wątpliwość, czy pozostawienie pacjenta w D.i jego zgon w tym szpitalu nie rodziłyby zarzutu, dlaczego nie został skierowany do szpitala gdzie możliwe było zapewnienie specjalistycznej opieki laryngologicznej dostępnej w każdej chwili(k.420-4310) W opinii uzupełniającej opiniujący powtórzyli swoje wnioski dodając, że transport karetką przewożową posiada zestaw do reanimacji i niezbędne urządzenia do prowadzenia akcji reanimacyjnej. Karetka „R” wzbogacona jest dodatkowo o urządzenia monitorujące. W przypadkach nagłych możliwy jest transport bez dokumentacji, która uzupełniana jest na miejscu lub tylko z dokumentacją jaka jest w posiadaniu pacjenta lub obsługi karetki na daną chwilę. Zasady zatrudniania lekarzy, wyposażenie szpitali nie leżą w kompetencji biegłych, regulowane sa przepisami i ustaleniami w trakcie kontraktowania usług medycznych. Idealną rzeczą w każdym szpitalu i jego oddziale byłaby pełna całodobowa opieka, jednak jest wiele szpitali i oddziałów w kraju nie posiadających całodobowej specjalistycznej opieki i nie wynika to ani ze złej woli ani z błędów organizacyjnych tylko trudności finansowych i kadrowych. Ze względu na charakter choroby i zagrożenia nie ma żadnej pewności ani dużego prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością, że pozostawienie M. K. (1)w szpitalu w D.mogłoby spowodować wyleczenie „ostrego zapalenia nagłośni z obrzękiem” i po hospitalizacji powróciłby do domu żywy(k.458-464).

Z uwagi na rozbieżne wnioski obu opinii sąd z urzędu zlecił opiniującemu Uniwersytetowi w B. ponowne udzielenie odpowiedzi, co do prawidłowości leczenia farmakologicznego w tym lekami sterydowymi i decyzji o przetransportowaniu pacjenta do szpitala w P.(vide postanowienie dowodowe k. 491v-492).

Opiniujący z ramienia (...) w B. w kolejnej opinii wskazali na zupełnie odmienne wnioski aniżeli w opinii pierwotnej. Podali, że w pozwanym szpitalu wdrożono prawidłowe leczenie farmakologiczne, leki sterydowe pacjent otrzymał już w przychodni. Stan M. K. (1) wymagał hospitalizacji na oddziale laryngologii a z uwagi na brak możliwości zapewnienia takiej opieki w placówce pozwanego decyzję o przetransportowaniu uznać należy za optymalną. Nie powinien być jednak transportowany zwykłą karetką, ponieważ prawdopodobieństwo wystąpienia duszności prowadzącej do ostrej niewydolności oddechowej jest bardzo duże. Stan poszkodowanego mógł się pogorszyć niezależnie od przeprowadzonego transportu, co przy braku możliwości zapewnienia specjalistycznej opieki w oddziale laryngologicznym czy intensywnej opieki medycznej mogło mieć bardzo negatywny wpływ na szanse ratowania życia poszkodowanego. Nieprawidłowa organizacja polegała na braku zapewnienia dyżuru lekarza laryngologa, ponieważ nie zapewniono poszkodowanemu bezzwłocznej hospitalizacji na oddziale laryngologicznym. Podobnie jak w opinii poprzedniej opiniujący ponownie podkreślili, że nie można przyjąć, iż wcześniejsza hospitalizacja na oddziale laryngologicznym czy intensywnej opieki medycznej zapobiegłaby zgonowi poszkodowanego to niewątpliwie z dużym prawdopodobieństwem szanse te zwiększała. Opiniujący nie doparzyli się nieprawidłowości w procesie diagnostycznym. Pozostawienie pacjenta w szpitalu w D. bez możliwości dostępu do specjalistycznego leczenia przy narastaniu objawów choroby mogło stanowić zagrożenie dla życia (k.511-514).

Na skutek zawiadomienia przez powódkę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracowników szpitala w D. Prokuratura w R. wszczęła śledztwo. Postępowanie toczące się w sprawie narażenia M. K. (1) na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia poprzez niepodjęcie procesu jego leczenia zostało umorzone. Wywołana w sprawie opinia sporządzona przez Uniwersytet (...) - Zakład Medycyny Sądowej wskazywała na poprawność postępowania diagnostycznego i leczenia farmakologicznego i nieprawidłową organizację oddziału laryngologicznego wobec braku pełnego całodobowego dyżuru lekarskiego. (k.1-3,155 akt 2 Ds. 201/06/S).

O możliwości popełnienia przestępstwa powiadomiła powódka także Okręgową Izbę Lekarską. Wszczęte postępowanie wyjaśniające zostało umorzone (akta Ro 19/06/L).

Powyższy stan faktyczny ustalił sąd w oparciu o dokumentację medyczną zgromadzoną w aktach sprawy, aktach prokuratorskich, opinię Uniwersytetu (...) w B., częściowo opinię Uniwersytetu (...) w T. - Zakładu Medycyny Sądowej w B., zeznania w/w świadków oraz częściowo zeznania powódki E. Kowalik (wyjaśnienia informacyjne potwierdzone w trybie art.299kpc k.130v-133, 175v oraz zeznania- nagranie z protokołu k.557).

Zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna i zapisy w niej zawarte nie budziły zastrzeżeń. Wprawdzie istnieją dwa różniące się zapisy w karcie informacyjnej Szpitala w D. i dwa zapisy z konsultacji przeprowadzonej przez doktora M. K. (3), jednakże te rozbieżności nie mogły rzutować na ogólną ocenę postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i zmienić tej oceny. Istotnie pierwsza karta informacyjna nie posiadała wpisu uczynionego przez dr A. K. (1), jednak w istocie konsultacja ta odbyła się co przyznawała sama powódka. Wobec powyższego czas tego wpisu dla samej oceny diagnostycznej nie ma większego znaczenia. Wpis ten dokonany został już po wyjeździe pacjenta do P. celem pozostawienia śladu o tym badaniu w dokumentacji. Podobna sytuacja miała miejsce, co do wpisu przeprowadzonej konsultacji przez dr M. K. (3), który rozpoznał ostre zapalenie nagłośni z obrzękiem błony śluzowej przedślonki krtani i zalecił przewiezienie pacjenta na oddział w P.. Istotnie tak jak twierdził świadek M. K. (3) konsultacja ta spisana została na tzw. wkładce do historii choroby i wpis z tej konsultacji dotarł wraz z pacjentem do P. (dokumentacja w oryginale nadesłana ze szpitala w P. k.220). W tej sytuacji Sąd nie znalazł podstaw do jej kwestionowania.

Zeznania świadków personelu medycznego były relacją ich udziału w procesie leczenia męża powódki w pozwanej jednostce i w kluczowych kwestiach pokrywały się z zapisami zawartymi w dokumentacji, zaś niewielkie różnice czy brak opisu szczegółów mogły wynikać z upływu czasu. Nie było też podstaw do kwestionowania tej części zeznań świadków i samej powódki gdzie opisywano i relacjonowano samopoczucie i stan zdrowia M. K. (1) podczas pobytu w szpitalu i po jego opuszczeniu.

Nie podzielił natomiast Sąd tej części zeznań powódki gdzie twierdziła i zarzucała niewłaściwą opiekę ze strony personelu medycznego, zaniedbania w procesie diagnostycznym i terapeutycznym w szczególności niewłaściwą decyzję o przewiezieniu jej męża do szpitala w P.. Powyższe twierdzenia powódki pozostają w sprzeczności z dowodami w postaci dokumentacji lekarskiej, zeznaniami świadków, które były m.in. podstawą ustaleń faktycznych a przede wszystkim wnioskami z opinii obu uniwersytetów, które wskazywały na postępowanie lekarzy zgodne z zasadami wiedzy medycznej, poprawny i właściwy proces terapeutyczno-diagnostyczny. Istotnie w pierwszej opinii Uniwersytetu - (...) w B. zawarty był wniosek, że stan chorego wymagał bezwzględnej hospitalizacji podania antybiotyków, przeciwzapalnych leków sterydowych i tego rodzaju działań nie wdrożono, jednakże w opinii z dnia 15.03.2013r. wniosek ten nie został podtrzymany. Wprost wskazano, że wdrożone leczenie farmakologiczne było prawidłowe a decyzja o przetransportowaniu optymalna. Wnioski powyższe pozostawały w spójności z wnioskami zawartymi przez lekarzy opiniujących z ramienia Uniwersytetu z B.. Identyczne wnioski zawarte zostały też w opinii (...) opiniującego w postępowaniu prokuratorskim. Wprawdzie opinia ta może mieć w tej sprawie jedynie walor dokumentu prywatnego, niemniej jednak brak sprzeczności w twierdzeniach końcowych z twierdzeniami opinii wywołanych w tej sprawie potwierdza jedynie słuszność tych tez, co do braku jakichkolwiek uchybień w procesie diagnostyczno-leczniczym i słuszności decyzji o transporcie pacjenta do innej placówki przy ówczesnie panujących w pozwanej placówce możliwościach udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie podzielił również Sąd zarzutów strony powodowej o niewłaściwym środku transportu pacjenta oraz pewności, że pozostawienie M. K. w oddziale szpitalnym w D. dawało pewność wyleczenia, bowiem również i to twierdzenie nie znalazło pokrycia w zebranych dowodach.

Zakwestionować również należało wnioski opinii (...) w B. w tej części gdzie wskazywali, że pozostawienie pacjenta w szpitalu w D. zwiększałoby szansę zapobiegnięcia zgonowi jak i wniosek o bezzwłocznej hospitalizacji na Oddziale OIOM w D. a przewiezienie pacjenta do innego szpitala pogorszyło stan jego zdrowia. Wnioski te pozostają w sprzeczności z wnioskami, które wskazują na prawidłowość i słuszność decyzji o przetransportowaniu chorego do innej placówki wobec braku możliwości zapewnienia przez pozwanego opieki laryngologicznej. Takie wewnętrzne sprzeczności muszą powodować wyłączenie możliwości przyjęcia jednej z tych tez. Opinia w tej części jest niespójna, nie poparta argumentacją, brak w niej konsekwencji, stanowczości a wykluczające się twierdzenia powodują konieczność jej dyskwalifikacji w tej części. Opiniujący nie wskazali okoliczności, które w sposób kategoryczny przemawiałyby za pozostawieniem pacjenta w D., nie wskazali też, że jego stan zdrowia i objawy już wówczas kategorycznie wykluczały transport. W opinii tej nie wskazano również, dlaczego decyzji o umieszczeniu chorego w P. nie uznano za bezzwłoczną i pilną hospitalizację skoro sam transport do szpitala zajął ok. 15 minut. Opiniujący nie wyjaśnili też, dlaczego w pierwszej opinii przyjęli brak prawidłowego leczenia farmakologicznego, po czym w opinii z dnia 15.03.2013r uznali, że to leczenie zostało wdrożone prawidłowo a pacjent już w przychodni otrzymał leki sterydowe. Wobec powyższego uznać należało, że wcześniej postawione tezy były bez pokrycia zwłaszcza przy późniejszym wniosku tych samych opiniujących, że decyzja o transporcie była prawidłowa a leczenie i diagnoza również prawidłowe. Nie wskazali również dlaczego pozostawienie M. K. w szpitalu w D. zwiększyłoby jego szansę na przeżycie zwłaszcza przy kolejnym wniosku, że szpital ten nie był w stanie zapewnić właściwej opieki jakiej na tamten moment wymagał mąż powódki. Za zbyt ogólnikowe i lakoniczne a przede wszystkim nie poparte żadną argumentacją uznać należało twierdzenia w zakresie „ iż zgodnie z wymogami stawianymi przez NFZ prowadzenie Oddziału Laryngologicznego wymusza obecność przynajmniej dwóch specjalistów”. Opiniujący nie wykazali, że posiadali kwalifikacje z dziedziny z zakresu organizacji ochrony zdrowia czy udzielania świadczeń zdrowotnych i zarządzania podmiotem leczniczym. Nie wskazali na podstawie, jakich dokumentów wywiedli takie wnioski zwłaszcza w okresie, kiedy nastąpiło zdarzenie. Przede wszystkim nie wskazywali na kontrakt, jaki obowiązywał pozwanego i NFZ i czy wymuszał on zapewnienie całodobowego dyżuru laryngologa. Nie zagłębiali się również w przyczynę braku obsługi lekarskiej laryngologicznej dyżurów całodobowych w lutym 2006r w pozwanej placówce. Nie badali też stopnia referencyjności tej placówki, nie powoływali się też na dokumentację dotyczącą kontraktowania tego rodzaju świadczeń 2006 roku.

Wobec powyższego Sąd nie przyjął opinii Uniwersytetu w B. w całości do ustaleń stanu faktycznego zaś zmiana treści merytorycznej wniosków zawartych w tych opiniach co najmniej daje podstawy do dyskwalifikacji tych opinii w części. Opiniujący nie podali przyczyn zmiany stanowiska w zakresie wniosków dotyczących leczenia i diagnozy.

. Oddaleniu podlegał wniosek pozwanego szpitala o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka P. W. na okoliczność udzielonych świadczeń zdrowotnych M. K. (1) na SOR w P., bowiem okoliczności te wynikały nie tylko z zeznań świadka K. K. ale i wpisów w dokumentacji medycznej nadesłanych przez szpital w P. (k. 249). Dokumentacja ta nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Nic do sprawy nie wniosły zeznania świadka M. C. a zatem nie miały wpływu na ustalenia (k. 235v).

Stan prawny:

Powództwo nie jest zasadne i w całości podlega oddaleniu.

Fakty w niniejszej sprawie nie były sporne. Spornym była natomiast ich ocena, w szczególności czy w pozwanym szpitalu dokonano wszystkich możliwych czynności terapeutycznych i diagnostycznych, czy ponosi odpowiedzialność za niewłaściwą organizację pracy na oddziale laryngologii oraz czy zachodzi związek przyczynowy pomiędzy czynnościami dokonanymi, bądź zaniechanymi przez pracowników pozwanego szpitala, a niewłaściwie udzielonym świadczeniem medycznym które spowodowało pogorszenie stanu zdrowia M. K. (1) i w konsekwencji jego zgon.

..

Na wstępie rozważań należy podnieść, że w niniejszej sprawie podstawą odpowiedzialności pozwanego zakładu opieki zdrowotnej stanowią przepisy art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. a wobec pozwanego ubezpieczyciela art. 822 k.c. Wobec

powyższego wskazana przez stronę powodową solidarna odpowiedzialność obu podmiotów pozwanych nie może mieć miejsca. Jeśli w ogóle można by mówić o odpowiedzialności to *in solidum*.

Zgodnie z art. 430kc, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności. Przepis art. 415kc normuje natomiast podstawową zasadę odpowiedzialności opartej na winie sprawcy szkody. Za szkodę odpowiada osoba, której zawinione zachowanie jest źródłem powstania tej szkody. Zdarzeniem sprawczym, w rozumieniu art. 415 k.c., jest zarówno działanie, jak i zaniechanie. Pierwsze polega na zachowaniu się aktywnym, drugie na zachowaniu się biernym. To ostatnie może być uznane za „czyn” wówczas, gdy wiąże się ono z ciążącym na sprawcy obowiązkiem czynnego działania i niewykonaniem tego obowiązku.

Dla powstania odszkodowawczej odpowiedzialności cywilnej muszą być spełnione następujące przesłanki:

- 1) zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni dłużnika odpowiedzialnym (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony),
- 2) szkoda mająca charakter majątkowy (na osobie lub mieniu) lub niemajątkowy (doznana krzywda),
- 3) związek przyczynowy pomiędzy tymi zdarzeniem, a szkodą;
- 4) wina osoby, która spowodowała powstanie szkody.

Przesłanki odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. można ująć następująco:

- a) szkoda została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego,
- b) wina podwładnego,
- c) wyrządzenie szkody nastąpiło przy wykonywaniu przez podwładnego powierzonej mu czynności.

Należy pamiętać, że art. 430 kc. może stanowić podstawę odpowiedzialności szpitala jako podmiotu powierzającego dokonywanie czynności zatrudnionym w nim pracownikom, w przypadku wykazania **winy** tych ostatnich. Jednakże na tle art. 430 kc nie można wykluczyć stosowania konstrukcji winy anonimowej, jeżeli jest co najmniej ustalone, że sprawca należy do kręgu podwładnych podmiotu odpowiedzialnego. Dla rozstrzygnięcia sprawy wystarczające jest ustalenie, że winę ponosi jeden z członków określonego zespołu pracowników (tzw. wina bezimienna, anonimowa; uchwała SN z dnia 15 lutego 1971 r., III CZP 33170, OSNCP 1971, nr 4, poz.59). Wina ta może mieć charakter organizacyjny, co oznacza, że Szpital ponosi odpowiedzialność, jeżeli szkoda została wyrządzona wskutek niezapewnienia odpowiednich warunków leczenia bądź niewłaściwej organizacji zakładu leczniczego, braku odpowiedniego personelu, niedostatecznych kwalifikacji pracowników, nieodpowiednich warunków zabiegu, jak też w innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu leczenia, niewłaściwej organizacji pobytu pacjenta w placówce leczniczej polegającej np. na umożliwieniu przenoszenia zakażeń.

Wina podwładnego jako przesłanka odpowiedzialności zwierzchnika jest użyta w przepisie art. 430 k.c. w tym samym znaczeniu, co w art. 415 k.c., przy czym normalnym jej następstwem jest szkoda wyrządzona osobie trzeciej (por. art. 361 § 1 k.c.). Oczywiście ciężar dowodu winy podwładnego, powstania szkody i jej wysokości obciąża poszkodowanego.

Istotnym elementem odpowiedzialności zwierzchnika – według art. 430 k.c. – jest ustalenie, że wyrządzenie szkody nastąpiło „przy wykonywaniu”, nie zaś „przy okazji (sposobności) wykonywania czynności”.

Wymaganie wyrządzenia szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności oznacza, że „(...) między powierzeniem czynności a działaniem, w którego wyniku nastąpiła szkoda, powinien zachodzić związek przyczynowy i to związek takiego rodzaju, jaki w myśl obowiązujących zasad usprawiedliwia odpowiedzialność zobowiązanego do odszkodowania. Chodzi tu więc o związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c., ograniczający się do następstw

normalnych, tj. takich, jakie na podstawie doświadczenia życiowego należy uznać za stanowiące z reguły skutki danego rodzaju działań lub zaniechań, w odróżnieniu od wypadków, które poza taką regułą wykraczają” (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 grudnia 1958 roku, I CR 867/58, OSPiKA 1960, poz. 292).

Pojęcie błędu lekarskiego i dyskusje na temat odpowiedzialności lekarza(zakładu leczniczego) za szkody wyrządzone przy leczeniu ulegały ewolucji. Przełomowym na gruncie prawa cywilnego w zakresie koncepcji błędu uznać należy wyrok SN z dnia 1.04.1955r.(IV CR 39/54) gdzie wprost stwierdzono, że błędem lekarskim jest czynność(zaniechanie) w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym. Koncepcję takiego wąskiego ujęcia błędu uznać należy obecnie za utrwaloną i nie budzącą zastrzeżeń. Doktryna i orzecznictwo pozostają zgodne, iż błąd jest kategorią wyłącznie obiektywną, całkowicie niezależną od indywidualnych cech lub zdolności lekarza oraz od okoliczności w jakich dokonuje on czynności leczniczych. Z zakresu błędu wyłącza się zarówno kwestie podmiotowego zawinienia jak i przypadki niedociągnięć i zaniedbań o charakterze czysto technicznym lub organizacyjnym. Orzeczenia w których utożsamia się niedbalstwo czy brak umiejętności z błędem lekarskim spotykają się z krytyką . Katalog typowych zaniedbań o charakterze niefachowym z zakresu błędu lekarskiego jest duży i rozciąga się na wszelkiego rodzaju niedociągnięcia, omyłki techniczne, organizacyjne, administracyjne prowadzące do powstania szkody(vide orzeczenie SN z 1.04.55, wyrok z 17.02.67r. ICR 435/66).

Rozróżnia się wiele kategorii błędów (diagnostyczny, terapeutyczny, rokowania, organizacyjny, decyzyjny, wykonawczy) przy czym z punktu widzenia odpowiedzialności cywilnej bez znaczenia jest rodzaj błędu.

Samo stwierdzenie błędu lekarskiego jako postępowania nieprawidłowego(działania lub zaniechania niezgodnego z zasadami wiedzy i nauki medycznej – winy obiektywnej) nie pociąga za sobą odpowiedzialności cywilnej samo przez się. Dla powstania takiego obowiązku konieczne jest jeszcze stwierdzenie winy w znaczeniu subiektywnym tzn. czy stanowi następstwo niedołożenia należytej staranności, braku ostrożności, niedopatrzania, niedoświadczenia. Konieczne jest zbadanie, czy lekarz przy zachowaniu należytej staranności wymaganej w danych warunkach i przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych w danych warunkach, okolicznościach metod i środków mógł błędu uniknąć i nie dopuścić do wyrządzenia szkody. Niezbędne jest porównanie postępowania konkretnego lekarza z przyjętym standardem powinnoego działania i uwzględnienie zewnętrznych warunków udzielania świadczenia. Wykazanie winy w znaczeniu wyżej przedstawionym jest niezbędne zarówno do zaistnienia odpowiedzialności lekarza za własny czyn wyrządzający szkodę jak i odpowiedzialności szpitala za działania lekarza(jeśli wina stanowić ma przesłankę odpowiedzialności za czyn cudzy).

Kierując się powyższymi wskazówkami Sąd na kanwie tej sprawy nie dopatrył się zawinienia pozwanej jednostki a tym samym obowiązku naprawienia szkody jaka niewątpliwie zaistniała u powódki.

Na samym wstępie zaznaczyć należy, że w toku procesu strona powodowa wyraźnie wskazywała, że zawinienia upatruje w braku wykonania niezbędnych badań, bagatelizacji objawów i nie zapewnienia fachowej pomocy(vide pismo powódki k.2-3). Innymi słowy powódka zarzucała lekarzom pozwanej dopuszczenie się w procesie leczenia jej męża błędu diagnostyczno-terapeutycznego, w dalszej części procesu pojawił się też zarzut braku należytej organizacji pracy oddziału laryngologicznego.

Zdaniem Sądu wszystkie powyższe zarzuty nie znalazły potwierdzenia w dowodach będących podstawą ustaleń faktycznych.

W momencie zgłoszenia się do szpitala mąż powódka miał wykonane badania, podano mu właściwe leki. Był pacjentem pozostającym w kontakcie, samodzielnie poruszającym się, jego objawy nie wskazywały na potrzebę natychmiastowego zabiegu. Przed godziną 13-stą badająca M. K. (1)doktor M. J.wskazała, że ogólny stan pacjenta był w miarę dobry. Stan ten potwierdzili nie tylko świadkowie udzielający mu konsultacji medycznych, ale także świadek A. G., który wskazał, że podczas transportu, który trwał ok. 15 minut M. K.pozostawał w kontakcie, rozmawiał z lekarzem. Taki stan pacjenta wynika również z zeznań samej powódki, która potwierdziła, że mąż rozmawiał z nią tuż przed wyjazdem karetki a sam wcześniej schodził po schodach wracając z konsultacji od doktora M. K.. Wszystkie te dowody a także wnioski płynące z opinii UM w B.nie dają podstaw do twierdzenia, że stan M. K.wymagał

natychmiastowego umieszczenia pacjenta na oddziale OIOM czy przeprowadzenia natychmiastowego zabiegu. Biegli potwierdzili również prawidłowość decyzji o transporcie do szpitala w P., właściwej diagnozie i leczeniu w pozwanej placówce.

Wobec powyższego uznać należało, że zebrane w sprawie dowody nie pozwalają na przyjęcie błędu lekarskiego, niewłaściwego działania, niezgodnego z wiedzą medyczną a także winy leżącej po stronie personelu medycznego.

Pozostawienie M. K. pod opieką lekarza internisty czy też anestezjologa w D. mogłoby rodzić zarzut, że pacjentowi nie zapewniono specjalistycznej opieki laryngologicznej skoro istniejące objawy i stan pacjenta pozwalał na transport do nieodległej placówki i oddanie pod specjalistyczną opiekę. U M. K. (1) nastąpiło nagle załamanie stanu zdrowia i mimo, że pomocy udzielał anestezjolog(na oddziale SOR w P.) to nie udało się uratować jego życia. Wszyscy opiniujący zgodnie podnosili, że tego typu choroba może mieć ostry przebieg i w istocie taki miała. W tej sytuacji stawianie zarzutu, że gdyby M. K. pozostał w D. to można było uratować mu życie pozostaje jedynie w sferze przypuszczeń i hipotez nie popartych argumentami. Po pierwsze w szpitalu pozwanym mógł pozostawać jedynie pod opieką internisty lub anestezjologa bowiem tylko ci lekarze pełnili wówczas dyżur, po drugie gdyby atak choroby wystąpił ok. godzina 14.30(tak jak w P.) w placówce w D. to opiekę mogliby zapewnić lekarze w.w specjalności czyli lekarze tej samej specjalności co w P.. W tej sytuacji bez znaczenia pozostaje, którzy lekarze czy z D. czy z P. świadczyli pomoc, bowiem pozytywny skutek nie wystąpił. Jeszcze raz podkreślić należy, że gwałtowne załamanie stanu zdrowia nie wystąpiło wcześniej a stan zdrowia w czasie pobytu w D. nie uzasadniał wykonania jakichkolwiek natychmiastowych działań czy zabiegów. Nie można stawiać lekarzowi zarzutów za rezultat leczenia przy podjęciu przez niego wszelkich czynności terapeutyczno-leczniczych usprawiedliwionych objawami.

Bez odpowiedzi pozostaje pytanie czy pozostawienie M. K. (1) w szpitalu w D. nawet pod opieką laryngologa zwiększyłyby szanse na przeżycie skoro objawy w czasie przyjęcia tj. ok. godziny 13.20 nie uzasadniały wykonania natychmiastowych zabiegów czy działań lekarskich innych poza wdrożoną farmakologią.

Reasumując w tych konkretnych okolicznościach czynienie zarzutu o niewłaściwym leczeniu czy też zbagatelizowaniu objawów nie znajduje uzasadnienia. Są to zarzuty gołosłowne, hipotetyczne i niemające poparcia w zebranych dowodach. Równie dobrze można by postawić zarzut, dlaczego mąż powódki zwlekał z wizytą lekarską skoro choroba rozwijała się i dawała objawy w sobotę, czyli dwa dni wcześniej. Bez odpowiedzi pozostaje pytanie czy wcześniejsza wizyta lekarska i na ile zwiększyłaby szansę na przeżycie.

Pamiętać należy, że opiniujący zgodnie podali, że decyzja o transporcie chorego do jednostki o wyższym stopniu referencyjności, mającej całonocny dyżur laryngologa i położonej w niedalekiej odległości (zaledwie ok. 15 minut drogi) była prawidłowa. Prawidłowa była też diagnoza, przewidywanie mogącego wystąpić zagrożenia oraz wdrożone leczenie. W tej sytuacji nie można mówić o błędzie lekarskim i winie.

Zupełnie inną kwestia pozostaje pytanie, dlaczego Oddział Laryngologii w D. nie miał całonocnego dyżuru lekarskiego, czy struktura organizacyjna tego szpitala w lutym 2006 roku nie wymagała tego, jaki wówczas obowiązywał kontrakt na udzielanie świadczeń medycznych z NFZ. Pozwany w 2006 roku był małą jednostką szpitalną. O ile strona powodowa wskazywała na błędy organizacyjne winna była wykazać, że pozwana placówka a w zasadzie jej pracownicy dopuścili się winy w tym zakresie, że placówka winna była zapewnić opiekę laryngologiczną całonocną i była do tego zobowiązana kontraktem lub innym aktem ewentualnie mogła zapewnić całonocne dyżury a ich brak wynikał z czystego zaniedbania. Strona powodowa winna była wykazać także adekwatny związek przyczynowo- skutkowy. Zebrane w sprawie dowody w tym dokumenty zgromadzone w aktach sprawy prokuratorskiej nie wskazywały na dopuszczenie się w tym zakresie winy czy zaniedbań lub, co najmniej niedołożenia należytej staranności przy obsadzie dyżurów na poszczególnych oddziałach. Strona powodowa reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika nie podjęła w tym kierunku żadnej inicjatywy dowodowej. To strony czy uczestnicy postępowania winni wskazywać na dowody. Zgodnie z treścią art. 3 i art. 232 k.p.c sąd nie ponosi odpowiedzialności za rezultat postępowania dowodowego. W myśl zasady kontradiktoryjności (sporności) dysponentem postępowania dowodowego są strony [(por. Kodeks postępowania cywilnego Komentarz prof. dr hab. Andrzeja Zielińskiego,

dr Kingi Flaga – Gieruszyńskiej rok wydania 2009 wydawnictwo CH Beck wydanie 4- obowiązek przedstawiania dowodów spoczywa na stronach (art. 3 KPC) a ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia (art. 227 KPC) spoczywa na stronie, która z tych faktów wywodzi skutki prawne (art. 6 KPC). Podobnie w orzecznictwie jednolicie wskazuje się, że przepisy postępowania cywilnego (art. 3 oraz 232 KPC) nie pozostawiają wątpliwości, że gromadzenie dowodów i ich wskazywanie wymaga inicjatywy stron. Sąd pełni rolę wspomagającą, gdy chodzi o dokumenty znajdujące się w aktach organy czy innej jednostki (por. art. 244 § 1 i 250 § 1 KPC)]. Podejmowanie przez Sąd czynności dowodowych zamiast strony jest naruszeniem zasady kontrydiktoryjności a także równości stron postępowania.

Wobec powyższego i brak dowodów potwierdzających winę pozwanego w tym zakresie czy też błąd organizacyjny również i z tego tytułu nie można było przyjąć odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego szpitala.

Na tle tej sprawy można przywołać stanowisko wyrażone w uzasadnieniu wyroku z dnia 8 grudnia 1970r.(II CR 543/70 OSN 1971, poz.13) gdzie Sąd Najwyższy stwierdził, że brak jest podstaw odpowiedzialności lekarza w sytuacji gdy błędne stwierdzenie choroby było usprawiedliwione występującymi objawami. Od lekarza nie można wymagać nieomyślności, natomiast powstrzymywanie go przed podejmowaniem decyzji, co do sposobu leczenia w sytuacjach wątpliwych z pewnością nie leży w interesie pacjentów. Pogląd ten uznać należy za słuszny. W okolicznościach tej sprawy nie można obarczać odpowiedzialnością pozwanego tylko na tej podstawie, że zastosowane leki u pozwanego i decyzja o transporcie do innej placówki zapewniającej fachową pomoc nie zapobiegła zgonowi.

Odnosząc się do zarzutu strony powodowej, co do błędu organizacyjnego placówki i braku zapewnienia właściwej obsługi lekarskiej zwłaszcza na oddziale laryngologii to wskazać należy, że powódka tego zarzutu nie udowodniła i tak jak już zaznaczono wcześniej nie podjęła w tym kierunku żadnej nawet najmniejszej inicjatywy dowodowej.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw do przypisania odpowiedzialności odszkodowawczej szpitala w P. a to z kolei wyklucza również odpowiedzialność ubezpieczyciela, który jak wiadomo odpowiada jedynie w granicach odpowiedzialności ubezpieczonego.

Z podanych względów i na podstawie powołanych wyżej przepisów Sąd orzekł jak w sentencji wyroku.

Orzeczenie o kosztach procesu uzasadnia art. 102 kpc. Powódka w niniejszej sprawie korzystała ze zwolnienia od kosztów sądowych w całości. Pomimo, iż strona przegrała spór zasadnym jest nieobciążanie strony kosztami procesu w całości. Pozwany szpital uiszczył na wydatki związane z opiniami biegłych kwotę 4500zł (k. 356 i399) i kwota ta wypłacona została na ten cel. Sąd nie znalazł podstaw, aby ten wydatek nie został pozwanemu zwrócony, zwłaszcza że uszczuplił budżet pozwanej jednostki, natomiast nie obciążył powódki kosztami zastępstwa prawnego obu pełnomocników pozwanych (2x po 3600zł plus 2x po 17zł). Takie stanowisko uzasadnia fakt, iż powódka utrzymuje się jedynie z emerytury w wysokości 1600zł miesięcznie. Są to dochody, z których sfinansować musi wszelkie opłaty związane z utrzymaniem domu, wyżywieniem i wykupieniem leków. Obciążenie powódki zwrotem poniesionych wydatków przez pozwanego szpital w zestawieniu z dochodami jest zdaniem sądu optymalnym obciążeniem finansowym, któremu powódka będzie w stanie podołać. Ubocznie dodać należy, że strona, która decyduje się na wniesienie sprawy do sądu winna liczyć się z kosztami, które mogą wystąpić w razie niekorzystnego dla niej wyniku.

Koszty sądowe od ponoszenia, których powódka została zwolniona, Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa (opłata od pozwu 4.041zł plus wydatki na biegłych uiszczone ze Skarbu Państwa w wysokości 6.836,38zł; koszt wszystkich opinii wyniósł łącznie 11.636,38zł z czego pozwany uiszczył 4.500zł) wobec braku podstaw do obciążania tymi kosztami którejkolwiek ze stron w oparciu o art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. nr 167, poz. 1398 ze zm.).