

**Sygn. akt I C 278/12**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 maja 2014 r.

**Sąd Okręgowy w Olsztynie Wydział I Cywilny**

Przewodniczący – SSO Juliusz Ciejek

Protokolant – p.o. sekr. sąd. Marta Stankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 6 maja 2014 r. w Olsztynie,

na rozprawie

sprawy z powództwa **J. Ż. i M. Ż.**

przeciwko **Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w O.**

### **o zapłatę i rentę**

I. zasądza od pozwanego na rzecz każdego z powodów kwotę po 150.000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty;

II. oddała powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda J. Ż. kwotę 799 zł 90 gr (siedemset dziewięćdziesiąt dziewięć złotych dziewięćdziesiąt groszy), a na rzecz powódki M. Ż. – kwotę 799 zł 91 gr (siedemset dziewięćdziesiąt dziewięć złotych dziewięćdziesiąt jeden groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV. nie obciąża stron postępowania nieuiszczonymi w sprawie kosztami sądowymi.

## UZASADNIENIE

Powodowie J. Ż. i M. Ż. wnieśli w pozwie z dnia 25 kwietnia 2012r. o zasądzenie od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...) w O.:

- kwot po 450.000 złotych na rzecz każdego z powodów wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej (po 150.000 złotych) i zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (po 300.000 złotych),

- kwot po 200 złotych miesięcznie tytułem renty płatnej do 10-tego każdego miesiąca.

Nadto domagali się zasądzenia od pozwanego na ich rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko, podnieśli, że w dniu 16 stycznia 2008r. matka powodów B. Ż. została poddana zabiegowi usunięcia znamienia barwnikowego uda lewego. Wycięty materiał poddano badaniu histopatologicznemu przeprowadzanemu przez patomorfologa pozwanego Szpitala (...). Patomorfolog rozpoznał zmianę jako wysoce łagodną, w związku z czym nie wdrożono jakiegokolwiek procesu leczenia. Z uwagi na powiększenie w lewej pachwinie wykonano w dniu 22 listopada 2008r. biopsję otwartą węzła chłonno-pachwiny. Ze względu na rozpoznanie lekarz patomorfolog postanowił powrócić do pobranego w styczniu 2008r. materiału. Po uprzednim skrojeniu bloków i wykonaniu badania immunohistochemicznego patomorfolog zweryfikował uprzednie rozpoznanie, wskazując, że powinno ono wskazywać na czerniaka złośliwego. W związku z tym rozpoznaniem wdrożono proces leczenia, ale

choroba znajdowała się na tyle zaawansowanym stadium, że niemożliwym stało się wyleczenie B. Ż.. Choroba i śmierć matki powodów zakłóciła harmonię i spokój w ich życiu, pozbawiła poczucia bezpieczeństwa i świadomości, że jest przy nich najbliższa im osoba. Wskutek śmierci matki powodowie zostali pozbawieni z jej strony m.in. osobistych starań o utrzymanie i wychowanie, szansy na finansowe i materialne wsparcie, niematerialnego wsparcia w postaci rad i pomocy. W związku ze śmiercią matki, na której ciążył ustawowy obowiązek alimentacyjny, niemożliwym stało się zaspokojenie wszystkich potrzeb powodów stosownie do możliwości majątkowych i zarobkowych matki (k. 2-7v.).

Pozwany Wojewódzki Szpital (...) w O. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie solidarnie od powodów na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany podał, że w rozpoznaniu z dnia 22 stycznia 2008r. brak jest sformułowania „zmiana wysoce łagodna”. Usunięcie zmiany w dniu 16 stycznia 2008r. oraz dalsze leczenie B. Ż. miało miejsce w Przychodni (...) w O., a nie w pozwanym Szpitalu. Rozpoznanie lekarza patomorfologa z dnia 22 stycznia 2008r. zostało postawione zgodnie z wiedzą i doświadczeniem i nie mogło mieć decydującego wpływu na los zmarłej pacjentki. Skierowanie na badanie nie zawierało informacji o krwawieniu i stanie zapalnym, a taki opis wskazywałby na większe prawdopodobieństwo wystąpienia czerniaka oraz potrzebę wykonania barwienia mogącego pomóc w rozpoznaniu. Stan stwierdzony we wpisie dokonany w przychodni w dniu 12 lutego 2008r. świadczy o tym, że przerzuty mogły być obecne już w momencie pobrania wycinków skóry. Zarzuty niedochowania zasady doszczętności onkologicznej i braku wczesnego wdrożenia odpowiedniego procesu leczenia nie dotyczą strony pozwanej. Odnosząc się do żądania zadośćuczynienia, pozwany podkreślił, że w realiach niniejszej sprawy nie może mieć zastosowania przepis art. 446 § 4 k.c., bowiem czyn niedozwolony miał miejsce przed dniem 3 sierpnia 2008r., tj. przed dniem wejścia w życie znowelizowanych przepisów kodeksu cywilnego. Co do żądania renty i odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej pozwany wskazał, że zmarła B. Ż. z tytułu zatrudnienia w banku uzyskiwała wynagrodzenie za pracę w kwocie 2.000 złotych netto, przy czym kwota ta służyła utrzymaniu trzech osób. Renty rodzinne obecnie otrzymywane przez powodów wynoszą 2.529,61 złotych, a świadczenia z (...) Centrum Pomocy (...) – 480,59 złotych. Przy uwzględnieniu, że powodowie otrzymują rentę po ojcu w wysokości po 400 złotych, śmierć matki nie spowodowała pogorszenia ich sytuacji materialnej, a wypłacane świadczenia mogą nawet przewyższać możliwości zarobkowe i majątkowe B. Ż. (k. 157-162).

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

Matka powodów J. Ż. i M. Ż., B. Ż. od lipca 2007r. pozostawała pod opieką Przychodni (...) w O. przy ul. (...) z powodu zespołu skórnych znamion dysplastycznych.

(dowód: dokumentacja medyczna, k. 244, karta badania histopatologicznego, k. 260, wynik badania histopatologicznego, k. 261)

W dniu 11 stycznia 2008r. B. Ż. zgłosiła się do Poradni Chirurgicznej Przychodni (...) w O. z uwagi na krwawiące znamię uda lewego. W dniu 16 stycznia 2008r. przeprowadzono ambulatoryjny zabieg chirurgiczny usunięcia zmiany (znamienia) skóry uda lewego. W skierowaniu na badanie histopatologiczne lekarz chirurg onkolog W. J. (1) nie zawarł informacji o krwawieniu znamienia oraz istnieniu stanu zapalnego.

(dowód: historia choroby, k. 89, 97-99, wyniku badania histopatologicznego, k. 101, karta badania histopatologicznego, k. 262, zeznania świadka W. J., k. 333v.-335)

Kierownikiem zakładu patomorfologii Wojewódzkiego Szpitala (...) w O. był naówczas K. G. (1), zatrudniony u pozwanego na podstawie umowy o pracę. W dniu 22 stycznia 2008r. lekarz patomorfolog skroił dwa bloczki z pobranego materiału i przeprowadził typowe barwienie histopatologiczne hematoksyliną i eozyną, a na podstawie tak przeprowadzonego badania rozpoznał występowanie zmiany barwnikowej dysplastycznej złożonej. W trakcie badania K. G. (1) dostrzegł niewielką atypię komórkową, co powinno skłonić go do powzięcia wątpliwości w zakresie prawidłowego klinicznego rozpoznania, wymusić skrojenie kolejnych skrawków materiału i w konsekwencji wykonanie droższych badań immunohistochemicznych. Lekarz patomorfolog byłby w stanie rozpoznać

w hematoksylinie czerniaka złośliwego, gdyby tylko skroił głębsze warstwy skóry. Z wyniku wykonanego badania wynikało, że usunięto całkowicie znamię barwnikowe dysplastyczne.

(dowód: wynik badania histopatologicznego, k. 100, 263, zeznania świadka D. S., k. 331v.-332v., zeznania świadka K. G., k. 332v.-333v., pisemna opinia biegłego z zakresu patomorfologii, M. B., k. 383-385, pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu patomorfologii, M. B., k. 409-412)

Ze względu na wysokie koszty przeprowadzania badań histopatologicznych powodowane wykonywaniem barwień immunohistochemicznych i większej ilości skrawań Przychodnia (...) w O. przy ul (...) zrezygnowała z usług pozwanego Szpitala i rozpoczęła współpracę z jednym ze szpitali w E..

(dowód: zeznania świadka D. S., k. 331v.-332v., zeznania świadka W. J., k. 333v.-335)

W dniu 29 stycznia 2008r. B. Ż. z wynikiem badania histopatologicznego zgłosiła się do Poradni Chirurgicznej Przychodni (...) w O.. Z uwagi na rozpoznanie lekarz chirurgii onkologicznej W. J. (1) nie widział potrzeby wdrożenia leczenia, w szczególności wskazań do rozszerzenia leczenia chirurgicznego.

(dowód: historia choroby, k. 89, 97-99, zeznania świadka W. J., k. 333v.-335, zeznania świadka M. Z., k. 335-335v.)

Na wizytę w Poradni Chirurgicznej w dniu 12 lutego 2008r., na której zaplanowano usunięcie kolejnej zmiany, B. Ż. się nie stawiała. Wymieniona systematycznie badała swoje ciało pod kątem pojawienia się nowych zmian i wykazywała się w tym zakresie czujnością, prosiła o pomoc matkę, która oglądała jej ciało z tyłu. W październiku 2008r. B. Ż. wyjechała na wakacje do Szwecji. Stamtąd zadzwoniła do matki i poinformowała ją o tym, że wyczuwa w lewym udzie niepokojące guzy.

(dowód: zeznania świadka W. J., k. 333v.-335, zeznania świadka M. Z., k. 335-335v., zeznania świadka I. B., k. 336-337, pisemna opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 436-439)

W dniu 28 października 2008r. – z uwagi na powiększone węzły chłonne w pachwinie lewej – B. Ż. odwiedziła lekarza w Poradni Chirurgicznej Przychodni (...) w O.. Lekarz W. J. (1) stwierdził powiększone węzły chłonne, w szczególności lewej pachwiny, powiększone węzły karkowe, pachowe, a w lewej pachwinie wybitnie twarde w pakietach. Zlecił wykonanie badania USG narządów jamy brzusznej oraz zapoznał się z wykonanym w dniu 27 października 2008r. badaniem RTG klatki piersiowej, które wykazało obraz płuc i serca w granicach normy. Tego samego dnia B. Ż. została poddana badaniu USG jamy brzusznej, podczas którego nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych.

(dowód: historia choroby, k. 89, 97-99, wynik badania RTG, k. 91, wynik badania USG, k. 91, dokumentacja medyczna, k. 244, zeznania świadka W. J., k. 333v.-335)

W dniu 22 listopada 2008r. B. Ż. udała się do Poradni Chirurgicznej Przychodni (...) w O., gdzie wykonano biopsję cienkoigłową węzła. Otrzymany wynik sugerował istnienie komórek nowotworowych. W dniu 25 listopada 2008r. pobrano do badania cały węzeł chłonny z pachwiny lewej, a wynik badania histopatologicznego wykazywał przerzuty czerniaka złośliwego. Przeprowadzająca badanie lekarz patomorfolog Wojewódzkiego Szpitala (...) w O., D. S. (2) powróciła do materiału pobranego od B. Ż. w styczniu 2008r. Na podstawie dodatkowych badań obejmujących barwienia immunohistochemiczne zweryfikowała wcześniejsze rozpoznanie i uznała, że usunięte w dniu 16 stycznia 2008r. znamię było czerniakiem typu guzkowego, bez owrzodzenia, z poziomem naciekania II wg C., o grubości nacieku 941 um (0,941 mm). Marginesy wycięcia znamienia ze stycznia 2008r. wynosiły od 1,5 do 3 mm. Zbadano aktywność mitotyczną i stwierdzono 10 figur podziału w polu widzenia, określono patologiczny stopień zaawansowania jako (...) (pierwszy stopień miejscowego zaawansowania klinicznego choroby). Lekarz patomorfolog oceniła również chirurgiczne linie cięcia, które przebiegały w granicach zdrowych tkanek.

(dowód: wynika badania histopatologicznego, k. 96, karta badania histopatologicznego, k. 264, wynik badania histopatologicznego, k. 265, zeznania świadka D. S., k. 331v.-332v., zeznania świadka K. G., k. 332v.-333v.)

Według zaleceń (...) Towarzystwa (...) opublikowanych w 2007r. procedurę biopsji węzła wartowniczego przeprowadzało się w przypadkach czerniaka o grubości nacieku równym lub większym niż 0,75 mm. Od 2011r. metodę tę stosuje się wyłącznie w wypadkach czerniaka o grubości naciekania od 1 mm. Średnie 5-letnie przeżycie przy nacieku wynoszącym poniżej 1 mm w głąb skóry wynosi ok. 95%, natomiast gdy występują kliniczne przerzuty w węzłach chłonnych, średnie 5-letnie przeżycie kształtuje się w granicach ok. 45%.

(dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 436-439, pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 490-491, ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 529v.-531v.)

Opóźnienie procesu leczenia o ok. 11 miesięcy mogło zmniejszyć prawdopodobieństwo wyleczenia. Wysoce prawdopodobnym jest, że w styczniu 2008r. można było wykryć mikroprzerzuty występujące w węzle chłonnym wartowniczym, będącym pierwszym węzłem na drodze spływu chłonki z ogniska pierwotnego nowotworu do regionalnego układu chłonnego. W przypadku prawidłowego rozpoznania klinicznego materiału pobranego w dniu 16 stycznia 2008r. kolejnym etapem leczenia B. Ż. powinno być przeprowadzenie biopsji węzła wartowniczego oraz poszerzenie granic wycięcia. Biopsję węzła wartowniczego wykonuje się w celu ustalenia, czy węzeł chłonny został zajęty przez nowotwór czy też nie zawiera on komórek czerniaka. W wypadku stwierdzenia mikro i makroprzerzutów należało wykonać pełną limfadenektomię pachwinowo-biodrową.

(dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 436-439, pisemna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 490-491, ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 529v.-531v.)

W grudniu 2008r. poszerzono granice wycięcia zmiany z uda lewego oraz przeprowadzono limfadenektomię pachwinowo-biodrowo-zasłonową po stronie lewej. W bliźnie na udzie nie stwierdzono komórek czerniaka, natomiast wykazano jeden przerzut do węzła pachwinowego. Nie ujawniono przerzutów czerniaka do węzłów biodrowo-zasłonowych. Od tego czasu B. Ż. pozostawała pod kontrolą Poradni Chirurgicznej i Onkologicznej.

(dowód: skierowanie do badania histopatologicznego, k. 266, wyniki badań histopatologicznych, k. 267, 269, karta badania histopatologicznego, k. 268, pisemna opinia biegłego z zakresu onkologii, Z. D., k. 436-439)

W czerwcu 2010r. u B. Ż. pojawił się guz w okolicy ramienia lewego, który po wycięciu chirurgicznym okazał się przerzutem czerniaka. W bardziej szczegółowych badaniach wykonanych we wrześniu 2010r. stwierdzono rozsiew procesu nowotworowego do płuca lewego. W Centrum Onkologii w W. przeprowadzono torakotomię, wycięto segment VI płuca lewego oraz dokonano usunięcia węzłów śródpiersiowych. Ze względu na uogólniony rozsiew choroby (wątroba, układ kostny) wdrożono leczenie systemowe – chemioterapię wg schematu (...), a następnie T.. Z uwagi na brak regresji choroby zaniechano dalszego obciążającego leczenia. W dniu 10 stycznia 2011r. B. Ż. zmarła.

(dowód: karta informacyjna, k. 52, odpis skrócony aktu zgonu, k. 103, skierowanie na badanie histopatologiczne, k. 270, badanie histopatologiczne, k. 271)

B. Ż. samotnie wychowywała powodów – jej mąż w 2006r. popełnił samobójstwo. Wymieniona mieszkała razem z rodzicami, którym nie uiszczala żadnych opłat związanych z użytkowaniem lokalu. Rodzice pokrywali także koszt zakupu żywienia.

Matka powodów dużo czasu im poświęcała, starając się wypełnić dzieciom lukę spowodowaną brakiem ojca oraz zaspokajać ich potrzeby materialne i emocjonalne – śpiewała im, czytała książki, grała z nimi w gry planszowe, zabierała je na wypady za miasto, jeździła z nimi na rowerze.

(dowód: zeznania świadka M. Z., k. 335-335v., zeznania opiekuna prawnego powodów, I. B., k. 336-337, 553-553v., zeznania świadka E. S., k. 552-552v., zeznania świadka H. S., k. 552v.-553)

W trakcie choroby B. Ż. starała się ukryć chorobę i nie okazywać słabości, czasami zdarzało się jej, że płakała w obecności powodów. Wymieniona była obolała, zmieniona psychicznie i pod względem wyglądu, nie mogła mówić,

nie reagowała na podejmowane przez powodów próby kontaktu z nią. Powodowie widzieli ból na twarzy matki, starali się pocieszać i przytulać. Z uwagi na osłabienie organizmu będące wynikiem stosowanego leczenia nie była w stanie zająć się dziećmi. Powodowie emocjonalnie i fizycznie uczestniczyli w procesie choroby matki, wierzyli cały czas, że wyzdrowieje. Niewiele rozumieli z zaistniałej sytuacji, przeżywali jednak zmiany, jakie zachodziły w ich relacji z matką.

(dowód: zeznania świadka M. Z., k. 335-335v., zeznania świadka E. S., k. 552-552v., pisemna opinia biegłej z zakresu psychologii, J. M., k. 561-568)

B. Ż. ukończyła studia magisterskie na kierunku ekonomii w zakresie rynków międzynarodowych i gospodarki globalnej, uczestniczyła też w licznych szkoleniach i kursach z zakresu bankowości. W chwili śmierci pracowała w Banku (...) w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisku specjalisty do spraw administracji kredytów z miesięcznym wynagrodzeniem w kwocie 2.850 złotych brutto.

(dowód: zaświadczenie o zarobkach, k. 106, dyplomy i zaświadczenia, k. 177-191)

W dacie śmierci matki powód J. Ż. miał 9 lat, a powódka M. Ż. – 7 lat. Powodowie bardzo przeżyli odejście matki, dużo płakali, wymagali od dziadków częstego przytulania i uspokajania, nie chcieli bawić się ani chodzić do szkoły. Do chwili obecnej odczuwają tęsknotę i wspominają czasy, kiedy żyła matka. Nie chcą brać udziału w uroczystościach szkolnych organizowanych m.in. z okazji Dnia Matki.

Powodowie pod względem emocjonalnym nie funkcjonują prawidłowo – powód J. Ż. wykazuje skłonność do wycofywania się, zahamowanie emocjonalne, skłonność do posługiwania się dziecięcym obrazem świata. Powódka M. Ż. jest z kolei niepewna siebie i pobudliwa psychofizycznie, objawia wzmożone napięcie emocjonalne, stara się nawiązywać bezkonfliktowe relacje społeczne w celu zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa, którego brakuje jej z powodu sieroctwa.

(dowód: odpisy skrócone aktów urodzenia powodów, k. 104, 105, pisemna opinia biegłej z zakresu psychologii, J. M., k. 561-568, ustna uzupełniająca opinia biegłej z zakresu psychologii, J. M., k. 599-600)

Powodowie po śmierci ojca otrzymują rentę rodzinną w wysokości po 400 złotych każde. Z uwagi na śmierć matki została przyznana im renta rodzinna, przy czym powódka M. Ż. pobiera rentę w wysokości ok. 1.400 złotych, a powód J. Ż. – ok. 1.200 złotych. Otrzymują też świadczenia z (...) Centrum Pomocy (...) w łącznej kwocie 347 złotych. Obecnie powodowie pozostają pod opieką dziadków, I. i B. B. (1), którzy zostali ustanowieni rodziną zastępczą i opiekunami prawnymi. Oboje uczą się w klasach pływackich, a powódka M. Ż. dodatkowo uczęszcza na lekcje języka angielskiego i różne zajęcia sportowe, min. capoeirę. Na zajęcia pozalekcyjne i do szkoły są wożeni przez dziadków.

(dowód: zeznania świadka I. B., k. 336-337, 553-553v.)

Pismem nadanym w dniu 6 kwietnia 2012r. powodowie wezwali pozwanego – w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma – do zapłaty na ich rzecz:

- kwoty po 300.000 złotych tytułem zadośćuczynienia za krzywdę, jakiej doznali na skutek śmierci matki B. Ż.,

- kwoty po 150.000 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w związku ze śmiercią matki B. Ż..

(dowód: pismo z dnia 6 kwietnia 2012r., k. 107-109, dowód nadania pisma, k. 110)

### **Sąd zważył, co następuje:**

W świetle ustalonych okoliczności faktycznych sprawy powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

W niniejszym postępowaniu powodowie dochodzili zadośćuczynienia, odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej oraz renty alimentacyjnej, podnosząc, że w czasie badania histopatologicznego pobranego w dniu 16 stycznia

2008r. od B. Ż. materiału doszło do błędu w sztuce lekarskiej, jakiego miał się dopuścić lekarz patomorfolog pozwanego Szpitala, polegającego na niewłaściwym klinicznym rozpoznaniu znamienia barwnikowego uda lewego i w konsekwencji na opóźnionym wdrożeniu stosownego leczenia. Tak określona podstawa faktyczna wskazuje na dochodzenie przez stronę powodową roszczeń w oparciu o odpowiedzialność deliktową. Podstawę prawną zgłoszonych żądań stanowi w tym wypadku przepis art. 430 k.c., zgodnie z którym 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.

W orzecznictwie przyjmuje się, że powołany wyżej przepis znajduje zastosowanie w stosunku do odpowiedzialności jednostek szpitalnych, na rachunek których lekarze zatrudnieni w tych jednostkach wykonują czynności medyczne (zob. m.in. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 2 marca 2012r., sygn. akt I ACa 123/12, LEX nr 1238466). Odpowiedzialność samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. zachodzi tylko wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie: 1) wyrządzenie szkody przez personel medyczny, 2) zawinione działanie lub zaniechanie personelu medycznego, 3) normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz 4) wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności medycznej. Należy przy tym wskazać, że fakt samodzielnosci lekarza świadczącego usługi jako lekarz tzw. kontraktowy i przedsiębiorca, nie jest istotny dla przyjęcia odpowiedzialności zakładu medycznego, zważywszy, że nie ma znaczenia, na jakiej podstawie następuje powierzenie czynności w ramach zastosowania art. 430 k.c. Istotne jest natomiast występowanie relacji zwierzchnictwa i podporządkowania, bowiem z jednej strony zachodzić musi kierownictwo, a z drugiej obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynność. Decydujące jest tu podporządkowanie ogólne i w konkretnej sytuacji osoba wykonująca czynność może mieć pozostawioną stosunkowo dużą samodzielność, a nawet faktycznie nie stosować się do poleceń swego zwierzchnika (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 20 stycznia 2010r., sygn. akt I ACa 571/09, OSAB 2011/2-3/8-14).

Ciężar dowodu w zakresie wykazania zarówno istnienia szkody i związku przyczynowego między powstaniem szkody a działaniem lub zaniechaniem sprawcy szkody, jak i faktu, iż szkoda została wyrządzona z winy osoby pociągniętej do odpowiedzialności, spoczywa na poszkodowanym, zgodnie z ogólną regułą wyrażoną w art. 6 k.c. Obowiązek naprawienia szkody spoczywa bowiem tylko na tym, kto ją wyrządził, tzn. tylko wtedy, gdy określone działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu powierzonej czynności stanowiło przyczynę powstania szkody.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy bowiem podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 14 lutego 2013r., sygn. akt I ACa 970/12, LEX nr 1289424, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010r., sygn. akt V CSK 287/09, LEX nr 786561).

Zasadniczy spór między stronami niniejszego postępowania sprowadzał się do rozstrzygnięcia kwestii, czy patomorfologowi K. G. (1), który w dniu 22 stycznia 2008r. wykonywał badanie histopatologiczne, można postawić zarzut działania naruszającego obowiązki lekarza.

Przy dokonywaniu ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd oparł się w głównej mierze na zeznaniach świadków D. S. (2) i K. G. (1), uznając, że przedstawiona przez nich relacja jest wyważona, szczerza i spójna.

Istotne znaczenie z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy miały zeznania świadka D. S. (2), która w listopadzie 2008r. przeprowadziła badanie histopatologiczne całego węzła chłonного pobranego od B. Ż. z lewej pachwiny. Wypowiedzi wyżej wymienionej w sposób jasny i przejrzysty wyjaśniają, w jaki sposób i przy zastosowaniu jakich metod bada się pobrany materiał histopatologiczny. Wprawdzie świadek zasygnalizowała problem związany z wysokimi kosztami badań histopatologicznych przy użyciu metody badań immunohistochemicznych (co było powodem rezygnacji przez Przychodnię (...) w O. z usług wykonywanych przez pozwaną Szpital), to jednocześnie podkreśliła, że placówka zlecająca wykonanie badania nigdy nie określa zakresu badania, a lekarze patomorfologicy wykonujący badania nie ulegają presji i nie ograniczają badań w tych wszystkich przypadkach, w których występuje postać graniczna nowotworu, i zachodzą trudności w ocenie, czy jest to nowotwór łagodny czy złośliwy. Jak zaznaczyła, w momencie, kiedy otrzymała materiał pobrany z węzła chłonного B. Ż., powróciła do materiału wcześniej pobranego, korygując dokonane wcześniej rozpoznanie na czerniaka, które poprzednio opisano jako znamię barwnikowe, złożone, dysplastyczne. Prawdłowe rozpoznanie postawiła na podstawie dodatkowych badań immunohistochemicznych, które polegają na ocenie reakcji przeciwciał, którymi pozwana placówka dysponowała i dysponuje, a bez głębszego skrojenia materiału i wykonania barwień immunohistochemicznych rozpoznanie bywa trudne do ustalenia.

Z zeznań świadka D. S. płyną dwa bardzo ważne wnioski – po pierwsze, w wypadku istnienia jakichkolwiek wątpliwości co do prawidłowości postawionego rozpoznania klinicznego przeprowadza się w pozwanej placówce badania immunohistochemiczne, które owszem są bardzo drogie, ale pozwalają w pewniejszy sposób ocenić charakter badanej zmiany. Po drugie, wynik badania immunohistochemicznego, które ostatecznie zostało wykonane w listopadzie 2008r., gdyby zrobiono je w styczniu 2008r. stworzyłby możliwość właściwego rozpoznania klinicznego. Wskazywałby na istnienie czerniaka typu guzkowego, a nie zmianę barwnikową, złożoną, dysplastyczną.

Co więcej, zeznania lekarza K. G. (1), który w dniu 22 stycznia 2008r. badał materiał pobrany z uda lewego, świadczą o nieprawidłowościach w jego postępowaniu diagnostycznym. Wymieniony wskazał, że w styczniu 2008r. przeprowadził typowe badanie histopatologiczne hematoksyliną i eozyną, na podstawie którego postawił rozpoznanie. Wskazał, że przy rozpoznaniu badanej zmiany konieczna jest ocena tego, co się widzi w hematoksylinie, ocena komórki – czy jest ona typowa czy atypowa, ocena architektoniki narządu – czy jest ona zaburzona czy nie, czy występują figury podziału komórkowego. Jak szczerze przyznał, podczas badania histopatologicznego w styczniu 2008r. widział niewielką atypię w komórkach oraz niewielkie zaburzenia architektoniki, a gdyby w tamtym czasie skroił głębsze warstwy materiału, to zapewne w hematoksylinie rozpoznałby ognisko czerniaka. Nie był przy tym w stanie wyjaśnić, z jakich przyczyn naówczas nie dokonał głębszego skrojenia warstw materiału, zaznaczając, że takich rzeczy typowo się nie robi, a on najwidoczniej doszedł do błędnego wniosku, że nic nie wzbudza jego niepokoju. Jednocześnie podkreślił, że znamię dysplastyczne (a taką właśnie rozpoznał w styczniu 2008r.) nie jest zmianą łagodną i stwarza zagrożenie o wiele częstszego przekształcenia w zmiany złośliwe niż to występuje w przypadku zmian o charakterze łagodnym.

W oparciu o wypowiedzi świadka K. G. (1) można stwierdzić, że postawienie właściwego rozpoznania było możliwe już przy głębszym skrojeniu warstw pobranego materiału histopatologicznego, w których były widoczne ogniska czerniaka, a badanie immunohistochemiczne służyłoby jedynie potwierdzeniu rozpoznania. Mimo zauważonych w badanym materiale atypowych komórek i stwierdzonej zmiany dysplastycznej, z którą wiąże się większe ryzyko powstania zmian o charakterze złośliwym niż w przypadku zmian łagodnych, wymieniony nie dokonał ani głębszego skrojenia warstw, ani nie wykonał dodatkowych badań immunohistochemicznych.

Sąd dał wiarę również zeznaniom świadka W. J. (1), chirurga onkologa, który od lipca 2007r. prowadził leczenie B. Ż.. Jego zeznania miały istotne znaczenie z punktu widzenia ustalenia tego, kiedy zostały stwierdzone przez niego w trakcie wizyty lekarskiej guzy w pachwinie lewej – w dniu 12 lutego 2008r. czy 28 października 2008r. Kwestia ta była o tyle ważna, bowiem występowanie guzów w lutym 2008r. świadczyłoby o obecności przerzutów do węzłów (zaawansowanym stopniu rozwoju choroby nowotworowej) już w dacie pobrania wycinków skóry, tj. w styczniu 2008r., na co wskazywała strona pozwana w toku niniejszego postępowania. Odnosząc się do powyższej kwestii,

świadek podkreślił, że data 12 lutego 2008r. jest datą zapisanej wizyty lekarskiej, na którą B. Ż. się nie stawiła i na której przypuszczalnie zaplanowane było usunięcie kolejnej zmiany. Na następną wizytę wymieniona przyszła dopiero w dniu 28 października 2008r. i nabitą w karcie taką właśnie datę. Wyjaśnił, że zasadą jest, iż daty na karcie choroby przybija rejestracja przychodni, ale zdarza się, że jeśli jest wolne miejsce, to on przybija datę lub ją wpisuje. Wykluczył jednocześnie, aby rozpoznanie opisane na ostatniej stronie karty choroby B. Ż. zostało dokonane już w lutym 2008r. z uwagi na to, że zlecił wówczas wykonanie badania USG narządów jamy brzusznej i oglądał wykonane wcześniej zdjęcie RTG klatki piersiowej, przepisując wynik tego badania. Przytoczone przez świadka okoliczności co do przebiegu leczenia B. Ż. korespondują z przedłożoną dokumentacją medyczną. Z załączonych do akt sprawy dokumentów wynika, że zdjęcie RTG zostało wykonane w dniu 27 października 2008r., tj. na dzień przed umówioną wizytą (vide: k. 91), a badanie USG zostało przeprowadzone tego samego dnia co data wizyty u lekarza, tj. w następstwie zlecenia przez W. J. (1) wykonania tego badania (vide: k. 91). Daty poszczególnych czynności medycznych pozostają ze sobą w ścisłym związku czasowym i wskazują, że guzy w lewej pachwinie zostały zauważone dopiero jesienią 2008r. Powyższe dodatkowo pozostaje w zgodności z zeznaniami świadka I. B. (2), która podała, że B. Ż. była wyczulona na punkcie swojego zdrowia i regularnie badała ciało, a niepokojące zmiany w udzie zauważyła podczas wakacji w Szwecji w październiku 2008r. W podobnym tonie wypowiedziała się świadek M. Z. (2), której B. Ż. opowiadała o dotychczas przebytych leczeniach – najpierw zaniepokoił ją pieprzyk, ale wynik badań był dla niej pozytywny i przez pół roku nic się nie działo aż do momentu, kiedy wyczuła guzki.

W oparciu o zgromadzony materiał dowodowy należało przyjąć, że ze względu na rozpoznanie kliniczne dokonane w trakcie badania histopatologicznego z dnia 22 stycznia 2008r. zaniechano dalszego leczenia B. Ż., a guzy w lewej pachwinie zostały dostrzeżone dopiero w październiku 2008r.

Z uwagi na to, że strony niniejszego procesu były sporne m.in. co do kwestii, czy badanie histopatologiczne z dnia 22 stycznia 2008r. zostało wykonane w sposób prawidłowy i rzetelny, z zastosowaniem właściwych środków i metod badawczych, Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego z patomorfologii i onkologa.

W pierwszej kolejności dopuszczono dowód z opinii biegłego z zakresu patomorfologii. Biegły M. B. (2) wskazał, że każde chirurgicznie usunięte znamię barwnikowe podlega badaniu histopatologicznemu. Rutynowo badanie to jest wykonywane metodą barwienia z zastosowaniem hematoksyliny i eozyny. W trakcie diagnostyki metodą standardową lekarz patomorfolog może zlecić dodatkowe badania, w tym z zastosowaniem badań immunohistochemicznych. Biegły uznał, że badanie histopatologiczne znamienia barwnikowego z uda lewego zostało przeprowadzone w sposób prawidłowy i rzetelny w sensie technicznym. W 2008r. metody badania immunohistochemiczne niewątpliwie były powszechnie znane. Jednak jak uczy doświadczenie zawodowe, zmiany barwnikowe skóry mogą powodować poważne utrudnienia w prawidłowym rozpoznaniu. Są często trudne w prawidłowym rozpoznaniu, gdyż czasami są zmianami z pogranicza melanocytarnych zmian rozrostowych i czerniaka. W tym wypadku zastosowanie metod z użyciem badań immunohistochemicznych z pewnością mogło przybliżyć prawidłowe rozpoznanie. Badanie histopatologiczne badanych nadesłanych przez Sąd preparatów oraz badanie immunohistochemiczne jednoznacznie – zdaniem biegłego – wskazuje na obecność czerniaka złośliwego. Błędne rozpoznanie może być wynikiem: przypadkowego pomylenia materiału tkankowego na różnych etapach diagnostyki począwszy od pobrania przez chirurga poprzez pomyłkowe jego umieszczenie w naczyniu z opisem innego pacjenta, omyłkowego umieszczenia rozpoznania na wyniku z materiału diagnozowanego innego pacjenta oraz czynnika ludzkiego wynikającego z przepracowania lekarza.

W następstwie zgłoszonych zastrzeżeń przez obie strony procesu biegły M. B. (2) w pisemnej uzupełniającej opinii wyjaśnił, że badania immunohistochemiczne nie są wykonywane standardowo w każdym przypadku znamienia barwnikowego. Są one przeprowadzane w przypadkach trudnych diagnostycznie z pogranicza melanocytarnych zmian rozrostowych i czerniaka. Biegły podtrzymał wyrażone w pisemnej opinii stanowisko, że badanie histopatologiczne z dnia 22 stycznia 2008r. zostało wykonane prawidłowo i rzetelnie od strony technicznej, jednakże mogła zaistnieć sytuacja niewłaściwej interpretacji obrazu histopatologicznego. W badaniu histopatologicznym nie ma znaczenia interpretacja pojedynczego preparatu, ale ważny jest całościowy obraz wszystkich badanych wycinków i preparatów histopatologicznych. W ocenie biegłego, zbadanie wszystkich preparatów histopatologicznych dawało podstawę do postawienia rozpoznania czerniaka. Samo zaburzenie architektury tkankowej nie jest bezwzględny wskazaniem



do przeprowadzenia badania immunohistochemicznego, ale obecność atypii komórkowej powinna skłonić diagnostę do wątpliwości i przeprowadzenia takowych badań.

Z kolei biegły z zakresu onkologii Z. D. (2) wskazał, że wyniki wielu badań pokazują, iż odróżnienie wczesnej postaci czerniaka skóry od znamienia łagodnego może być bardzo trudne i stanowić źródło odmiennych opinii. W celu uniknięcia błędów diagnostycznych w określonych przypadkach wykonuje się badania immunohistochemiczne pomocne w postawieniu prawidłowej diagnozy. Nie ma wątpliwości, że w przypadku B. Ż. doszło do nieprawidłowego rozpoznania histopatologicznego, co pozostaje w zgodności z wnioskami opinii biegłego patomorfologa. Błąd ten miał wpływ na dalsze postępowanie lecznicze B. Ż.. Gdyby w dniu 22 stycznia 2008r. dokonano prawidłowego rozpoznania, to kolejnym etapem postępowania powinno być przeprowadzenie biopsji węzła wartowniczego oraz poszerzenie granic wycięcia. W tym konkretnym wypadku grubość czerniaka wynosiła 0,941 mm, a marginesy miały szerokość od 1,5 do 3 mm. Według zaleceń (...) Towarzystwa (...) opublikowanych w 2007r. były wskazania do przeprowadzenia procedury biopsji węzła wartowniczego. W przypadku stwierdzenia mikro lub makroprzerzutów następnym etapem postępowania leczniczego jest wykonanie pełnej limfadenektomii pachwinowo-biodrowej. Przeżycia 5-letnie przy czerniakach skóry poniżej 1,5 mm grubości wynoszą ok. 92% i gwałtownie spadają w przypadkach pojawienia się klinicznych przerzutów. Rokowanie u pacjentów ze stwierdzonymi klinicznie i patologicznie przerzutami czerniaka do węzłów chłonnych ulega znacznemu pogorszeniu i kształtuje się w granicach 20-28%. Biegły podkreślił, że opóźnienie procesu leczenia B. Ż. o ok. 11 miesięcy mogło zmniejszyć prawdopodobieństwo wyleczenia, aczkolwiek zaznaczył, że czerniak jest chorobą chimeryczną, często o trudnym do przewidzenia przebiegu klinicznym. Reasumując, stwierdził, że szanse B. Ż. – przy założeniu postawienia prawidłowej diagnozy klinicznej i przeprowadzenia procedury wycięcia węzła wartowniczego – mogłyby wzrosnąć o ok. 30-50%.

W związku z zarzutami wniesionymi przez obie strony niniejszego procesu biegły Z. D. (2) w pisemnej uzupełniającej opinii podał, że w przypadku rozpoznania czerniaka biopsję węzła wartowniczego wykonuje się celem ustalenia, czy wspomniany węzeł został zajęty przez nowotwór czy też nie zawiera on komórek czerniaka. Węzeł wartowniczy jest bowiem pierwszym węzłem chłonnym na drodze spływu chłonki z ogniska pierwotnego nowotworu do regionalnego układu chłonnego. Jeżeli w węzle wartowniczym znajduje się przerzut, to w pozostałych węzłach chłonnych mogą, ale nie muszą znajdować się przerzuty. Węzeł wartowniczy może być jedynym węzłem, w którym osiedliły się komórki nowotworowe. W przypadku zajęcia węzła wartowniczego jest konieczne przeprowadzenie pełnej regionalnej limfadenektomii polegającej na usunięciu wszystkich węzłów z danego obszaru spływu limfatycznego. Jednakże na podstawie danych z literatury oraz w oparciu o doświadczenie kliniczne radykalne leczenie chirurgiczne nie jest gwarantem pełnego wyleczenia. C. bowiem – po przekroczeniu bariery chłonnej – dają przerzuty nie tylko drogą limfatyczną, ale także drogą krwionośną. Biopsja węzła wartowniczego jest obecnie standardem postępowania diagnostyczno-leczniczego w czerniaku skóry, jak i innych nowotworach. Poszerzenie granic wycięcia czerniaka wykonuje się celem zmniejszenia ryzyka nawrotów miejscowych, a zalecane boczne wycięcia kształtują się w granicach od 1 do 2 cm. Biegły wskazał nadto, że wykonana w dniu 25 listopada 2008r. limfadenektomia pachwinowo-biodrowa została przeprowadzona z powodu stwierdzonych mikro i makroprzerzutów do węzła pachwinowego. Jest więc możliwe, że przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych z węzła wartowniczego powstały w okresie od stycznia do listopada 2008r., mimo iż brak w dokumentacji medycznej ewidentnych dowodów świadczących o tym, że przerzuty czerniaka istniały już styczniu 2008r., ale biorąc pod uwagę naturalny przebieg kliniczny czerniaka, jest to wysoce prawdopodobne. Podkreślił, że w listopadzie 2008r. okazało się, że już w styczniu 2008r. powinien być rozpoznany czerniak typu guzkowego, bez owrzodzenia, z poziomem naciekania II wg C. i o grubości wynoszącej 0,941 mm. Był to pierwszy stopień miejscowego zaawansowania klinicznego choroby. W listopadzie 2008r. wystąpiły już przerzuty do węzła pachwinowego, a to kwalifikowało B. Ż. do III stopnia zaawansowania choroby. Obecność przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych jest najistotniejszym czynnikiem rokowniczym u chorych na czerniaka skóry. W przypadku wystąpienia przerzutów najważniejszym czynnikiem jest liczba zmienionych przerzutowo regionalnych węzłów chłonnych. Lepiej rokują pacjenci z mikroprzerzutami (ogniska nowotworu wykryte w trakcie badania mikroskopowego w niepowiększonym i klinicznie niewyczuwalnym węzle chłonnym, pobranym podczas biopsji węzła wartowniczego) w porównaniu z makroprzerzutami (ogniska nowotworu rozpoznane w badaniu mikroskopowym w powiększonym i wyczuwalnym klinicznie węzle chłonnym).

Ze względu na dalsze zastrzeżenia zgłaszane przez obie strony procesu biegły onkolog Z. D. (2) został przesłuchany w trybie wideokonferencji na rozprawie w dniu 17 grudnia 2013r. Biegły jeszcze raz podkreślił, że w zaleceniach (...) Towarzystwa (...) obowiązujących w 2008r. było przewidziane obligatoryjne wykonywanie biopsji węzła wartowniczego po usunięciu czerniaka w sytuacji, gdy poziom nacieku był równy lub większy od 0,75 mm. Granicę tę podwyższono dopiero w 2011r. do 1 mm. Oznacza to, że w realiach niniejszej sprawy istniał wymóg przeprowadzenia biopsji węzła wartowniczego. Zaznaczył, że wcześniej wykryty czerniak i usunięty w całości w znakomitej części ulega wyleczeniu. Średnie przeżycia 5-letnie przy nacieku poniżej 1 mm w głąb skóry wynoszą ok. 95%. Jeśli natomiast występują już kliniczne przerzuty w węzłach chłonnych średnie przeżycia 5-letnie kształtują się w granicach 45%. Przy uwzględnieniu stopnia naciekania w głąb skóry (0,941 mm) zmiana ta należała do wczesnej postaci czerniaka, ale nawet tak wczesne czerniaki mogą dawać przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych.

Biegły podał, że w codziennej praktyce klinicznej każde usunięte znamię jest badane w kierunku czerniaka, gdyż niemożliwe jest rozpoznanie tej choroby wyłącznie na podstawie obrazu klinicznego. Gdyby w opisie zawartym w skierowaniu na badanie histopatologiczne napisano, że przedmiotem badania są zmiany dysplastyczne, nie miałyby to znaczenia dla lekarza patomorfologa, gdyż patomorfolog opiera się na obrazie ujawnionym w trakcie badania. W badaniu klinicznym chirurg nie jest w stanie określić, z jaką zmianą ma do czynienia – czy jest to znamię o charakterze dysplastycznym czy też wczesna postać czerniaka.

Zdaniem biegłego, już w styczniu 2008r. istniały przerzuty do węzła chłonnego wartowniczego przy jednoczesnym braku przerzutów do innych węzłów chłonnych, a wniosek ten oparł na krótkim przedziale czasowym od wycięcia zmiany w styczniu 2008r. do pojawienia się w listopadzie 2008r. klinicznych przerzutów w węzle chłonnym pachwinowym. Wyjaśnił przy tym, że pierwszym etapem leczenia regionalnych węzłów chłonnych jest wykonanie biopsji węzła wartowniczego i jego szczegółowa analiza histopatologiczna. Dopiero w przypadku stwierdzenia przerzutów w tym węzle wykonuje się pełną limfadenektomię, tj. usunięcie wszystkich węzłów chłonnych zlokalizowanych w danym obszarze. W odniesieniu do B. Ż. pierwszy etap leczenia został przeprowadzony prawidłowo, gdyż wycięto zmianę i wykonano badanie histopatologiczne. Po otrzymaniu wyniku badania histopatologicznego wymieniona powinna być skierowana do ośrodka onkologicznego w celu ustalenia dalszego przebiegu leczenia. Następnym etapem byłoby wykonanie procedury biopsji węzła wartowniczego i w przypadku braku przerzutów w tym węzle poszerzenie granic wycięcia pierwotnego i objęcie chorego ścisłą obserwacją onkologiczną (w pierwszym roku leczenia i obserwacji badania kontrolne winny być wykonywane co 2-3 miesiące). Mając na uwadze wycięcie zmiany w styczniu 2008r. oraz stwierdzenie przerzutu w listopadzie 2008r, biegły doszedł do wniosku, że wysoce uprawdopodobnionym jest fakt, iż mikroprzerzuty w węzle chłonnym można było wykryć już na początku 2008r., przy czym chodzi o przerzuty w węzle wartowniczym, gdyż jest to pierwszy węzeł będący na drodze chłonki spływającej z ogniska pierwotnego do układu chłonnego. Węzeł ten jest najbardziej wiarygodny do określenia regionalnego stopnia zaawansowania choroby. Gdy węzeł ten nie zawiera przerzutów, to odstępuje się od limfadenektomii, bowiem ten zabieg przeprowadza się wyłącznie w wypadku stwierdzenia istnienia przerzutów. Biegły stwierdził, że na pewno istniał związek przyczynowo-skutkowy między opóźnieniem w rozpoznaniu a wdrożeniem właściwego leczenia, choć jak już wspominał, czerniak należy do najbardziej złośliwych nowotworów o często nieprzewidywalnym przeniku, który może nawrócić nawet po kilkunastu latach.

W ocenie Sądu, opinie biegłych patomorfologa i onkologa zasługują w całości na uwzględnienie i mogą stanowić podstawę czynienia wiążących ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie. Opinie są spójne i rzeczowe, odpowiadają na postawione biegłym pytania, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia rozstrzygnięcia sprawy, zawierają jasne i logiczne uzasadnienie końcowych wniosków, przez co są merytorycznie zasadne. Biegli sporządzili opinię w oparciu o całokształt dokumentacji medycznej zgromadzonej w aktach sprawy oraz po zapoznaniu się z materiałem tkankowym w postaci dwóch bloków parafinowych i dwunastu preparatów histopatologicznych. Każdy z biegłych ustosunkował się do zastrzeżeń zgłoszonych w toku procesu, a biegły Z. D. (2) został bezpośrednio przesłuchany przez Sąd, co umożliwiło jego szczegółowe wypytanie i wysłuchanie na będące przedmiotem sporu okoliczności. Biegły przekonująco wskazał, jakie standardy obowiązują przy wykonywaniu badań histopatologicznych i wyjaśnił przebieg postępowania leczenia w przypadku wykrycia czerniaka skóry. Jak przy tym słusznie zauważyła strona powodowa, nie ma sprzeczności między

treścią artykułu załączonego przez pozwanego do pisma z dnia 7 lipca 2013r., a stanowiskiem prezentowanym przez biegłego Z. D. (2). W artykule wskazano jedynie, że brak jest zgody co do tego, przy jak głębokim nacieku powinno się wykonywać biopsję węzła wartowniczego, ale jednocześnie w nim potwierdzono, że biopsja węzła wartowniczego jest najlepszą metodą wykorzystywaną do oceny stanu regionalnych węzłów chłonnych, najważniejszego czynnika w rokowaniu i ustalaniu stopnia zaawansowania choroby.

Co ważne, wnioski obu biegłych w najbardziej kluczowej kwestii, tj. poprawności klinicznego rozpoznania w trakcie badania wykonanego w dniu 22 stycznia 2008r., pokrywały się – obaj uznali, że na etapie badania histopatologicznego pobranego w dniu 16 stycznia 2008r. materiału doszło do nieprawidłowego zdiagnozowania zmiany, a sposobem pozwalającym na usunięcie wątpliwości co do charakteru i stopnia złośliwości badanej zmiany było badanie immunohistochemiczne, które nie zostało wykonane. W tych okolicznościach Sąd nie dostrzegł potrzeby dopuszczenia dowodu z opinii innego biegłego, uznając, że kwestia związana z leczeniem czerniaka skóry została dostatecznie wyjaśniona.

Mając powyższe na uwadze, Sąd przyjął, że w okolicznościach niniejszej sprawy można mówić o zawinięciu lekarza patomorfologa K. G. (1), który w dniu 22 stycznia 2008r. wykonywał badanie histopatologiczne i błędnie ocenił badaną zmianę jako zmianę barwnikową dysplastyczną zamiast czerniaka skóry, wskutek czego właściwy proces leczenia został wdrożony w stosunku do B. Ż. z ok. 11-miesięcznym opóźnieniem. Winą lekarza jest niedochowanie najwyższej staranności, jaka jest możliwa przy zachowaniu zasad wiedzy medycznej i reguł standardowo stosowanych przy wykonywaniu konkretnych czynności medycznych.

Poza sporem pozostawało, że w trakcie badania lekarz patomorfolog dostrzegł w pobranym z uda lewego materiale histopatologicznym nieprawidłowości w postaci atypowych komórek, ale je zbagatelizował i wykonał typowe badanie hematoksyliną i eozyną, przy czym jak wynika z przedstawionych wyżej rozważań, obecność atypii komórkowej powinna była skłonić go do skrojenia dalszych skrawków materiału i wykonania dodatkowych barwień immunohistochemicznych. Badanie immunohistochemiczne jest wykonywane właśnie po to, aby zapobiec błędowi powstałemu na etapie diagnozowania, zwłaszcza że odróżnienie wczesnej postaci czerniaka skóry od znamienia łagodnego stwarza niejednokrotnie trudności. Do dalszych czynności diagnostycznych nie skłoniło lekarza również postawione wówczas rozpoznanie (znięcie dysplastyczne), które jak sam K. G. (1) przyznał, znacznie częściej potrafi przekształcić się w zmianę o charakterze złośliwym niż w wypadku zmiany łagodnej.

Zbadanie wszystkich preparatów histopatologicznych obiektywnie dawało na dzień 22 stycznia 2008r. podstawę do postawienia diagnozy czerniaka, a do wykrycia czerniaka skóry wystarczyło skrojenie głębszych warstw materiału, co potwierdził słuchany w charakterze świadka K. G. (1). Lekarz nie wykonał tej czynności. Nie była ona powiązana z dużo większym nakładem czasu i pracy. Czynność ta nie powodowała też dodatkowych kosztów, których pozwany Szpital chciał uniknąć przy wykonywaniu badań immunohistochemicznych. Jeśli w styczniu 2008r. lekarz patomorfolog skroiłby materiał histopatologiczny w głębszych warstwach, rozpoznałby w hematoksylinie czerniaka, co też był w stanie uczynić podczas badania histopatologicznego przeprowadzonego w listopadzie 2008r. Sposób przeprowadzenia ponownego badania materiału histopatologicznego obejmującego głębsze skrojenie warstw, a następnie wykonanie badania immunohistochemicznego, mającego potwierdzić postawioną diagnozę, wskazuje jednoznacznie na to, że istniała możliwość prawidłowego zdiagnozowania badanego materiału już w styczniu 2008r. Lekarz patomorfolog doszedł do błędnego i jednocześnie niczym nieuzasadnionego okolicznościami sprawy wniosku, że w trakcie badania histopatologicznego z dnia 22 stycznia 2008r. nic nie wzbudza jego niepokoju. Błąd ten wynikał z pewnego rodzaju nieuwagi i nieostrożności, które nie powinny jednak mieć miejsca. W realiach niniejszej sprawy wadliwa diagnoza nie była wynikiem niedostatecznej wiedzy na temat danego schorzenia i bezradności medycyny czy też nie stanowiła wyniku obiektywnego braku dostępu do najnowszej aparatury diagnostycznej. W przypadku materiału pobranego od B. Ż. pominięto czynności i badania niezbędne do postawienia właściwej diagnozy i możliwe w danych warunkach do przeprowadzenia. Lekarz patomorfolog, stawiając diagnozę, powinien bazować na tym, co dostrzega podczas badania histopatologicznego, a K. G. (1) zignorował fakt występowania atypii komórkowej i zaniechał dalszych czynności diagnostycznych, które naprowadziłyby go na właściwe rozpoznanie.

Nie ma tutaj znaczenia, że badania immunohistochemiczne są znacznie droższe od typowego badania hematoksyliną i eozyną, a lekarze patomorfodzy niejednokrotnie działają pod presją, aby wykonywać badania jak najniższym kosztem. Z jednej strony koszt wykonania tychże badań nie jest decydujący dla lekarza patomorfologa w sytuacji, gdy istnieją poważne wątpliwości co do prawidłowości rozpoznania, a z drugiej, K. G. (1) nie wykonał barwień immunohistochemicznych nie dlatego, że były one za drogie, tylko dlatego, że uznał, iż są one zbędne z uwagi na postawioną wówczas diagnozę. Nawet jeśli przyjąć, że w momencie badania histopatologicznego o jego zakresie zdecydowały koszty barwień immunohistochemicznych i lekarz patomorfolog uległ presji z tym związanej, to ta okoliczność nie może zdejmować ze strony pozwanej odpowiedzialności za skutki błędnej diagnozy. Przecież lekarz patomorfolog nie zasygnalizował swoich wątpliwości co do charakteru badanej zmiany i nie zalecił dalszej pogłębionej diagnostyki, uzależnionej od uiszczenia dodatkowych kosztów na badania specjalistyczne, tylko od razu wpisał w wyniku badania postawione przez siebie rozpoznanie, które okazało się nieprawidłowe.

Od lekarza, a zwłaszcza lekarza patomorfologa, nie wymaga się staranności polegającej wyłącznie na prawidłowym wykonaniu badania od strony technicznej (m.in. wykonania odpowiedniej liczby skrawań pobranego materiału), ale wzmożonej czujności przy stawianiu rozpoznania klinicznego, bowiem od wyników jego badań zależy podjęcie w ogóle leczenia albo zastosowanie właściwej metody leczenia, co pokazuje dobitnie przypadek niniejszej sprawy. Lekarz chirurg onkolog, W. J. (1), pod opieką którego pozostawała B. Ż., zapoznawszy się z wynikiem badania histopatologicznego z dnia 22 stycznia 2008r., które wskazywało na istnienie zmiany barwnikowej dysplastycznej, uznał, że nie zachodzą przesłanki do poszerzenia zakresu cięcia chirurgicznego znamienia. Leczenie wymienionej zostało wznowione dopiero w listopadzie 2008r. po tym, jak B. Ż. wyczuła niepokojące w pachwinie lewej guzy oraz wykonano dodatkowe badanie histopatologiczne pobranego wcześniej materiału, z którego wynikało, że w styczniu 2008r. wykryto czerniaka skóry. Gdyby już w styczniu 2008r. rozpoznano właściwie czerniaka, to istniało wysokie prawdopodobieństwo wykrycia mikroprzerzutów w węzle chłonnyim wartowniczym i w konsekwencji podjęcia odpowiedniego leczenia.

Należało zatem przyjąć, że w realiach niniejszej sprawy podczas wykonywania w dniu 22 stycznia 2008r. badania histopatologicznego doszło do niewłaściwego rozpoznania klinicznego choroby, co skutkowało kilkumiesięcznym opóźnieniem wprowadzenia stosownego leczenia. Mylna ocena przesłanek wystarczających do postawienia trafnej diagnozy i nieprzeprowadzenie postępowania zmierzającego do zweryfikowania wyników badań w sytuacji, gdy było ono możliwe, świadczą o niezachowaniu należytej staranności, jakiej wymaga się od lekarza patomorfologa, i tym samym stanowią podstawę do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego Szpitala na gruncie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.

Rozstrzygnąwszy zatem samą zasadę odpowiedzialności pozwanego Szpitala, w następnej kolejności należało się zastanowić nad zasadnością poszczególnych żądań pozwu.

W pierwszej kolejności wypadało rozważyć podstawę prawną żądania zadośćuczynienia za krzywdę wywołaną śmiercią matki powodów. Pozwany zakwestionował bowiem możliwość domagania się zadośćuczynienia na podstawie art. 446 § 4 k.c., podnosząc, że ten przepis nie może mieć zastosowania do zdarzeń, które miały miejsce przed dniem jego wejścia w życie, tj. przed dniem 3 sierpnia 2008r.

Powyższym problemem zajął się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 października 2011r. w sprawie IV CSK 10/11, stwierdzając, że przepis art. 446 § 4 k.c. (ustawa z dnia 30 maja 2008r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. Nr 116, poz. 731) ma zastosowanie do roszczeń osób będących członkami najbliższej rodziny zmarłego także wtedy, gdy śmierć poszkodowanego, która nastąpiła w czasie obowiązywania tego przepisu, była następstwem zdarzenia sprzed jego wejścia w życie. Jak wyjaśnił w uzasadnieniu orzeczenia, dla powstania roszczeń osób najbliższych do świadczeń z art. 446 k.c. musi być przewidziana odrębna podstawa prawna, przełamująca w konkretnie określonych wypadkach zasadę, że odpowiedzialność ponosi się wobec bezpośrednio poszkodowanych. Roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie powstają dla pośrednio poszkodowanych dopiero wraz ze śmiercią poszkodowanego, wtedy też osoby te nabywają tytuły do zgłoszenia swoich roszczeń. Wcześniej najbliżsi zmarłemu nie uzyskują żadnych uprawnień z art. 446 k.c., a przepis ten nie ma w

ogóle zastosowania. Ze zdarzeniem będącym czynem niedozwolonym łączą się roszczenia z tego przepisu, jak już powstaną one dla uprawnionych. Nie wystarczy jednak uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, ale musi aż dojść do śmierci poszkodowanego. Dopiero ona stanie się zdarzeniem, z którym związane będzie spełnienie przesłanek odpowiedzialności cywilnej sprawcy.

Z przywołanego orzeczenia wynika, że z punktu widzenia zastosowania art. 446 § 4 k.c. i powstania roszczenia o zadośćuczynienie za doznana krzywdę decydujące znaczenie ma data śmierci poszkodowanego, a nie data zdarzenia wyrządzającego szkodę. Matka powodów zmarła po dacie wejścia w życie przepisu art. 446 § 4 k.c. (10 stycznia 2011r.) na skutek błędu popełnionego jeszcze w styczniu 2008r.

W niniejszej sprawie podstawę prawną żądania zadośćuczynienia może więc stanowić przepis art. 446 § 4 k.c. Stosownie do tego przepisu sąd może przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznana krzywdę.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2011r. w sprawie sygn. III CSK 279/10 przewidziane w art. 446 § 4 k.c. zadośćuczynienie pieniężne ma na celu kompensację doznanej krzywdy, tj. złagodzenie cierpienia wywołanego śmiercią osoby bliskiej oraz pomoc osobie pokrzywdzonej w dostosowaniu się do zmienionej w związku z tym rzeczywistości. Natomiast na sam rozmiar krzywdy mają przede wszystkim wpływ: dramatyzm doznań osoby bliskiej, poczucie osamotnienia i pustki, cierpienia moralne i wstrząs psychiczny wywołany śmiercią osoby najbliższej, rodzaj i intensywność więzi łączącej pokrzywdzonego z zmarłym, wystąpienie zaburzeń będących skutkiem tego odejścia (np. nerwicy, depresji), roli w rodzinie pełnionej przez osobę zmarłą, stopień w jakim pokrzywdzony będzie umiał się znaleźć w nowej rzeczywistości i zdolności jej zaakceptowania, leczenie doznanej traumy, wiek pokrzywdzonego, przy czym każdy przypadek powinien być indywidualizowany z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.

Należy podkreślić, że istotą zadośćuczynienia zasądanego na mocy art. 446 § 4 k.c. nie jest kompensata utraty osoby bliskiej, ale krzywdy wywołanej śmiercią tej osoby. Jego celem jest złagodzenie cierpienia psychicznego spowodowanego śmiercią członka najbliższej rodziny i pomoc w dostosowaniu się do nowej sytuacji życiowej. Przepis art. 446 § 4 k.c. nie wymaga, aby ból, cierpienie, smutek i krzywda powstałe w następstwie śmierci osoby bliskiej miały anomalny charakter, tj. inny niż u przeciętnego człowieka. Przesłanką przyznania zadośćuczynienia jest wystąpienie krzywdy, która jest skutkiem śmierci osoby najbliższej. Intensywność i rozmiar cierpienia mogą mieć jedynie wpływ na wysokość zadośćuczynienia, a nie na samą zasadność roszczenia.

Niewątpliwie krzywdę doznana w wyniku śmierci osoby bliskiej bardzo trudno ocenić i wyrazić w formie pieniężnej. Każdy przypadek powinien być traktowany indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy, przy czym ocena ta powinna opierać się na kryteriach obiektywnych, a nie na wyłącznie subiektywnych odczuciach pokrzywdzonego.

Ustalając wysokość należnego powodom zadośćuczynienia z tytułu śmierci matki, Sąd miał na uwadze przede wszystkim fakt, że zmarła B. Ż. samotnie wychowywała powodów. Z uwagi na lukę spowodowaną brakiem ojca poświęcała im każdą wolną chwilę i starała się zaspokajać wszystkie ich potrzeby materialne i emocjonalne. Z oczywistych względów oddziaływania matki na powodów były silniejsze.

Z przeprowadzonych w sprawie dowodów wynika, że B. Ż. była oddaną, kochającą matką, spędzała z powodami dużo czasu – śpiewała im, czytała książki, grała z nimi w gry planszowe, zabierała je za miasto, jeździła na rowerach. Wymieniona okazywała powodom czułość, ciepło i zainteresowanie, a między nią a dziećmi istniała silna i pozytywna więź psychiczna i emocjonalna, wzmocniona także tym, że była ich jednym rodzicem. Jako osoba wykształcona, świadoma swoich obowiązków, prawidłowo wypełniała swoje funkcje opiekuńczo-wychowawcze i zapewniała powodom optymalne warunki rozwoju w okresie dzieciństwa.

Nie można też pomijać, że między zdiagnozowaniem czerniaka skóry w listopadzie 2008r. a śmiercią B. Ż. w styczniu 2011r. minęły przeszło dwa lata, a w tym okresie w zachowaniu wymienionej zaszły przemiany, mające wpływ na jej relacje z dziećmi. Powodowie emocjonalnie i fizycznie uczestniczyli w procesie choroby matki i byli świadkami

zmian, jakie w jej ciele i zachowaniu zachodziły. Niewiele rozumieli z zaistniałej sytuacji, ale jednocześnie przeżywali, że relacje między nimi a matką ulegały rozluźnieniu. B. Ż. nie okazywała im czułości, tak jak to miało miejsce przed chorobą. Powodowie widzieli, że ich matka cierpi i starali się ją w trudnych momentach wspierać na tyle, na ile potrafili – przytulali ją i pocieszali. B. Ż. zaczęła tracić włosy, zmienił się wygląd jej twarzy oraz kolor skóry, nie mogła mówić. Stała się obolała, zmieniona psychicznie, nie reagowała na próby kontaktu z nią, a ze względu na osłabienie i wyniszczenie organizmu nie była w stanie wykazywać zainteresowania sprawami powodów – nie mogła pomóc powodom w obrabianiu lekcji czy też bawić się z nimi.

W chwili śmierci matki powodowie mieli odpowiednio 9 i 7 lat. Jest to taki wiek, w którym dzieci świadomie odczuwają istnienie więzi emocjonalnej i psychicznej z rodzicami, silnie potrzebują ich obecności w życiu, przez co czują się bezpiecznie i dowartościowane. Śmierć matki spowodowała u powodów negatywne przeżycia emocjonalne i doprowadziła do zablokowania ich potrzeb – poczucia bezpieczeństwa, stabilizacji i przynależności, potrzeby miłości rodzicielskiej i utrzymywania relacji z rodzicami. Bezpośrednio po śmierci matki powodowie dużo płakali, nie chcieli bawić się ani chodzić do szkoły, wymagali ciągłego przytulania i uspokajania przez dziadków.

Powodowie odczuwają tęsknotę za matką i wyrażają pragnienie codziennych z nią relacji. Wspominają czasy, kiedy żyła matka, niekiedy dają do zrozumienia babci, że ich matka niektóre czynności życia codziennego wykonywała inaczej. Odczuwają brak matki w codziennych sytuacjach – przy dowożeniu przez dziadków do szkoły czy przy okazji wycieczek szkolnych, na które dzieci są odprowadzane przez rodziców. Są obserwatorami uczestnictwa rodziców w ważnych dla dzieci wydarzeniach, a w każdej takiej sytuacji uświadamiają sobie, jak wielką stratę ponieśli wskutek śmierci matki. Zwłaszcza powódka M. Ż. bardzo przeżywa każdą sytuację, w której widzi inne dzieci wraz z rodzicami. Powodowie stosują mechanizmy obronne i przedstawiają rodzinę życzeniowo jako pełną, gdzie matka pełni rolę najważniejszą, racjonalizują także odejście matki. Rozwój emocjonalny i społeczny jest zaburzony – powód J. Ż. ma skłonność do wycofywania się, zahamowania emocjonalne, wykazuje trudności w przystosowaniu się do nowych sytuacji, posługuje się dziecięcym obrazem świata. Z kolei powódka M. Ż. jest niepewna siebie i pobudliwa psychofizycznie, wykazuje zmienność nastrojów, wzmożone napięcie emocjonalne, stara się nawiązywać bezkonfliktowe relacje społeczne w celu zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa, którego brakuje jej z powodu sieroctwa. Z opinii biegłej z zakresu psychologii J. M. (2) wynika, że już dzisiaj widać, iż powodowie będą mieli trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym, aczkolwiek nie można wykluczyć, że uda się im w przyszłości zrekompensować deficyty związane ze śmiercią matki rozwojem własnej osoby.

Owszem, dziadkowie będący opiekunami prawnymi powodów dokładają wszelkich starań, aby zminimalizować krzywdę wywołaną odejściem B. Ż., ale nie są w stanie zastąpić im matki. Kochający dziadkowie nie wypełnią luki spowodowanej śmiercią matki, wokół której życie powodów się koncentrowało i która miała na nich ogromny wpływ. Więź łącząca rodzica z dzieckiem jest jedyna i niepowtarzalna i nie sposób jej zastąpić kontaktami z inną osobą. Osierocone przez kochającą matkę powodowie mogą się załamać pod względem rozwoju fizycznego, społecznego i psychicznego, a dla nich jak dla każdego dziecka ogromne znaczenie ma poczucie bezpieczeństwa i oparcie uczuciowe w sytuacjach nowych i trudnych, którego wskutek śmierci matki zostali pozbawieni.

Sąd ustalił stan faktyczny w niniejszej sprawie, opierając się w głównej mierze o zeznania świadków E. S. (2), H. S. (2), M. Z. (2) i I. B. (2), uznając, że przedstawiona przez nich relacja jest spójna i tworzy jednolity obraz stosunków łączących powodów ze zmarłą B. Ż. oraz funkcjonowania powodów po śmierci matki w życiu codziennym. Sąd nie znalazł żadnych uzasadnionych życiowo przyczyn, dla których świadkowie mieliby przedstawiać fakty wyłącznie na korzyść strony powodowej, zwłaszcza że ich wypowiedzi były wyważone i znajdowały odzwierciedlenie we wnioskach opinii biegłej psycholog J. M. (2), która wskazała, iż B. Ż. była najważniejszą osobą mającą wpływ na życie powodów.

Podstawę czynienia ustaleń faktycznych w sprawie stanowiła również opinia biegłej z zakresu psychologii J. M. (2), którą Sąd uznał za pełni fachową i rzeczową. Biegła opracowała opinię na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, obserwacji psychologicznej powodów oraz testów psychologicznych obejmujących m.in. Test Matrycy R. i Test zdań niedokończonych. Trzeba przy tym zauważyć, że biegła dysponuje bardzo długim stażem pracy w charakterze psychologa, co pozwala przyjąć, iż ma wiedzę teoretyczną, doświadczenie zawodowe i warsztat praktyczny,

niezbędne do wydania opinii na temat stanu emocjonalnego i psychicznego powodów. Dodatkowo biegła odniosła się do zarzutów stawianych przez stronę powodową i pozwaną w pismach procesowych z dnia 13 marca 2014r. (k. 584) i 24 marca 2014r. (k. 590-591), odpowiadając na nie na rozprawie w dniu 6 maja 2014r. Podczas wysłuchania wyjaśniła, że nie badała dzieci pod kątem śmierci ojca z tego względu, iż w trakcie badania powodowie nie opowiadali o przyczynach śmierci ojca, a postać ojca nie przewijała się w ich wypowiedziach. Powodowie punktowali przede wszystkim brak matki, co może świadczyć o tym, że ojciec był mniej ważny niż zmarła matka. Zważywszy na to, że także z pozostałych przeprowadzonych w sprawie dowodów wynika, iż powodowie – z uwagi na swój wiek w momencie śmierci – nie bardzo pamiętali ojca i byli bardzo zżyci emocjonalnie z matką, z którą spędzali każdą wolną chwilę, Sąd uznał za zbędne dopuszczanie dowodu z opinii innego biegłego psychologa, który miałby ocenić wpływ nieobecności ojca na aktualny stan powodów.

Biegła przyznała, że nie przeprowadzała wywiadu w szkole i najbliższym otoczeniu powodów, ale jak podkreśliła, w dacie opracowania opinii uznała, iż ma wystarczająco dużo materiału badawczego, aby dokonać oceny stanu psychicznego i emocjonalnego dzieci. Gdyby stwierdziła, że materiał jest niepełny, poszukiwałaby dalszych danych pozwalających na rzetelne przygotowanie opinii. Testy projekcyjne, które przeprowadziła z udziałem powodów, pozwalają ocenić osobowość badanego, ujawnić jego cechy osobiste, pragnienia, myśli, uczucia i motywy działania. W tych testach sytuacja jest na tyle niedookreślona i wieloznaczna, że umożliwia swobodny wybór w nadawaniu obiektom bodźcowym indywidualnych znaczeń. Dziecko, rysując rodzinę, przedstawia to, czego mu brakuje, za czym tęskni i co sobie wyobraża. Interpretacja testów projekcyjnych opiera się na doświadczeniu badających klinicystów. Testy są długo stosowane, a biegła zawód psychologa wykonuje od 35 lat. Rysunki muszą być wykonane z właściwym przygotowaniem, we właściwych warunkach, aby wykluczyć wpływ czynników zmiennych, mogących zakłócić wykonanie badań i ich prawidłową interpretację.

Ustalając wysokość zadośćuczynienia, Sąd miał na uwadze z jednej strony rozmiar krzywdy powodów i ich sytuację życiową po śmierci matki, a z drugiej presję, jakiej ulega lekarz patomorfolog w związku z wysokimi kosztami badań histopatologicznych (badań immunohistochemicznych), mogącą mieć wpływ na zakres przeprowadzanych badań, oraz warunki ekonomiczne, w jakich przyszło działać pozwanemu jako publicznej placówce medycznej. Sąd wziął pod uwagę również charakter popełnionego na etapie diagnozowania błędu, a każdy przypadek niezachowania należytej staranności, jakiej się powszechnie wymaga od lekarza, należy oceniać indywidualnie, na tle okoliczności konkretnej sprawy. W realiach niniejszej sprawy niewłaściwie postawiona diagnoza nie była wynikiem rażącego niedbalstwa polegającego na tym, że lekarz patomorfolog w ogóle nie zajrzał do przedstawionego do badań histopatologicznych materiału, ale była skutkiem błędnej oceny badanego materiału oraz nieprzeprowadzenia dodatkowych czynności mogących pomóc w dokonaniu prawidłowego rozpoznania. Nie bez znaczenia było również to, że czerniak, na który zachorowała zmarła B. Ż., jest chorobą bardzo nieprzewidywalną, niejednokrotnie o bardzo zmiennym przebiegu, a dane dotyczące przeżywalności osób chorych na ten rodzaj nowotworu mają charakter jedynie statystyczny i tym samym trudno było ocenić, jak długo matka powodów mogłaby żyć i wykonywać wobec nich obowiązki rodzicielskie.

Nie można tu też tracić z pola widzenia aspektu ogólnospołecznego tego orzeczenia i jego oddziaływania na praktykę placówek medycznych zajmujących się diagnostyką. Jak to wynika z zeznań świadków, laboratorium pozwanego szpitala cieszyło się opinią dokładnej placówki analitycznej. Straciło kontrakt z jednym z podmiotów bo było „za drogie”. Wykonywało bowiem zbyt wiele przekroi, co mnożyło koszty. Z tego powodu obsługę placówki z O. przejął szpital w E.. Presja ekonomiczna wywierana na placówki diagnostyczne jest jednak realnym zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjentów. Nieuwzględnienie powództwa w tej sytuacji miałoby fatalny skutek ogólnoprewencyjny. Oznaczałoby bowiem, że wynik badania nic tak naprawdę nie oznacza, a placówki które robią to niedokładnie i przez to taniej postępują rozsądniej i praktyczniej.

Matka powodów zrobiła wszystko co może zrobić człowiek aby spróbować ochronić swoje dzieci przed sieroctwem. Czas w którym poddała się badaniu stwarzał dla niej nadzieję na wyleczenie. Niedokładne badanie histopatologiczne w praktyce pozbawiło ją tej szansy.

Przyznane powodom zadośćuczynienie – w ocenie Sądu – jest tu więc rozsądnym kompromisem między rozmiarem krzywdy doznanej przez powodów a sytuacją majątkową pozwanego Szpitala i rodzajem jego zawinienia. Tak określone zadośćuczynienie jest należyście wyważone i pozostaje w odpowiedniej relacji do aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa i do poniesionej przez powodów szkody niemajątkowej wywołanej śmiercią matki. W tych okolicznościach Sąd zasądził od pozwanego na rzecz każdego z powodów kwotę po 100.000 złotych, o czym orzekł jak w pkt. I sentencji wyroku na podstawie art. 446 § 4 k.c. oraz art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. W pozostałym zakresie powództwo o zapłatę zadośćuczynienia jako bezzasadne zostało oddalone (vide: pkt II sentencji wyroku).

W dalszej części uzasadnienia przedmiotem rozważań była zasadność przyznania powodom odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej przewidzianego w art. 446 § 3 k.c.

Zgodnie z przywołanym przepisem sąd może ponadto przyznać najbliższym członkom rodziny zmarłego stosowne odszkodowanie, jeżeli wskutek jego śmierci nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej.

Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w sprawie I ACa 86/12 (LEX nr 1216425), to, że w art. 446 § 3 k.c. użyto określenia „odszkodowanie” – w przeciwieństwie do użytego w art. 445 k.c. określenia „zadośćuczynienie” – nie stoi na przeszkodzie uznania możliwości stosowania art. 446 § 3 k.c. do szkód niematerialnych, polegających na obiektywnym pogorszeniu pozycji w świecie zewnętrznym, gdyż różnicę terminologiczną między art. 445 i 446 § 3 k.c. należy przypisać temu, że zadośćuczynienie obejmuje także rekompensatę krzywdy moralnej, a więc krzywdy pozostającej w sferze subiektywnych, wewnętrznych przeżyć danej osoby. Sam ból, poczucie osamotnienia, krzywdy i zawiedzionych nadziei po śmierci osoby bliskiej nie stanowią podstawy do żądania odszkodowania na podstawie art. 446 § 3 k.c., ale jeśli te negatywne emocje wywołały osłabienie aktywności życiowej i motywacji do przewyższania trudności dnia codziennego, to – nawet bez szczegółowego dociekania konkretnych zdarzeń lub stopnia ich prawdopodobieństwa – można na zasadzie domniemań faktycznych (art. 231 k.p.c.) przyjąć, że pogorszyły one dotychczasową sytuację życiową osoby z najbliższego kręgu rodziny zmarłego. Użyty w art. 446 § 3 k.c. zwrot „znaczne pogorszenie sytuacji życiowej” należy więc odczytywać nie tylko w materialnym aspekcie zmienionej sytuacji bliskiego członka rodziny zmarłego, ale w szerszym kontekście, uwzględniającym przesłanki pozaekonomiczne określające tę sytuację (np. utratę oczekiwania przez osobę poszkodowaną na pomoc i wsparcie członka rodziny, których mogła ona zasadnie spodziewać się w chwilach wymagających takich zachowań, zwłaszcza w razie choroby). „Znaczne pogorszenie sytuacji życiowej” to więc także cierpienia psychiczne, ale tylko wówczas gdy są one przyczyną lub występują obok uszczerbku majątkowego, nie zaś samoistnie.

W podobnym tonie wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 14 kwietnia 2010r. w sprawie I ACa 178/10 (LEX nr 715515), wskazując, że podstawą przyznania odszkodowania z art. 446 § 3 k.c. jest „znaczne pogorszenie sytuacji życiowej”, a więc nie tylko obecnej sytuacji materialnej, lecz także utrata realnej możliwości polepszenia warunków życia i realizacji planów życiowych. Pogorszenie musi mieć charakter obiektywny i wynikać ze śmierci osoby najbliższej. Decydujące nie są subiektywne odczucia pośrednio poszkodowanego, ale kryteria obiektywne.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, należy zauważyć, że wskutek śmierci B. Ź. doszło do znacznego pogorszenia sytuacji życiowej powodów. Z pewnością powodowie zostali pozbawieni osobistych starań matki o ich utrzymanie i wychowanie, przy czym jak zostało podkreślone, zmarła pełniła podwójną rolę, zastępując im także ojca. Powodowie nie będą mogli korzystać z jej rad, wsparcia i pomocy nie tylko finansowej, ale również duchowej, a matka nie będzie uczestniczyła w ważnych dla powodów wydarzeniach. Trzeba pamiętać, że B. Ź. była silnie zaangażowana w wychowanie, życie, rozwój i zapewnienie powodom należytej pieczy, dbała o ich rozwój emocjonalny, psychiczny i społeczny, aktywnie z nimi spędzała czas. Cała jej energia koncentrowała się wokół spraw dzieci, a jej rola jako matki nie sprowadzała się wyłącznie do finansowego zapewniania powodom codziennej egzystencji na dobrym poziomie, ale także obejmowała kształtowanie ich bytu osobistą pieczą i staraniem.

Już obecnie widoczne są w zachowaniu powodów zmiany, które mogą mieć przełożenie na ich dalszą aktywność życiową, motywację do przewyższania różnego rodzaju przeszkód oraz umiejętność radzenia sobie z



przeciwnościami w dorosłym życiu. Jak wynika z opinii biegłej, powodowie funkcjonują nieprawidłowo emocjonalnie i przez śmierć matki zostały mocno okaleczone uczuciowo i społecznie. Mogą się załamać pod względem rozwoju fizycznego, społecznego i psychicznego, a dla ogólnego samopoczucia każdego dziecka duże znaczenie ma zapewnienia im poczucia bezpieczeństwa i oparcia w sytuacjach owych i trudnych. Dla rozwoju osobowości oraz umiejętności podejmowania obowiązków osobistych i społecznych niezbędna jest dobra kondycja emocjonalna, ciągle wspieranie, pomaganie, wzmacnianie poczucia własnej wartości, budowanie społecznego zaufania, co może zapewnić pozytywnie oddziałujący rodzic. Powodowie zostali pozbawieni przygotowania emocjonalnego koniecznego do prawidłowego funkcjonowania społecznego, a śmierć matki może spowodować poczucie zrezygnowania czy niechęć do realizacji planów i marzeń.

Całokształt tych wszystkich okoliczności – w ocenie Sądu – przemawiał za zasądzeniem na rzecz każdego z powodów kwoty 50.000 złotych tytułem odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej (vide: pkt I sentencji wyroku). Tak przyznane odszkodowanie nie ma charakteru symbolicznego, jest utrzymane w rozsądnych granicach i nie stanowi źródła nieusprawiedliwionego wzbogacenia powodów. W pozostałym zakresie żądanie oddalono jako pozbawione usprawiedliwionych podstaw (vide: pkt II sentencji wyroku).

W następnej kolejności należało rozważyć zasadność przyznania powodom renty, o której mowa w art. 446 § 2 k.c.

Zgodnie z powołanym wyżej przepisem 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.

Jak zauważył Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 maja 2012r. (sygn. akt IV CSK 416/11, LEX nr 1212823), przepis art. 446 § 2 k.c. przewiduje dwie przesłanki określenia wysokości renty dla osoby uprawnionej: jej potrzeby oraz możliwości zarobkowe i majątkowe zmarłego. Ponieważ pierwsza przesłanka nie została niczym ograniczona, przeciwnie niż podobna przesłanka przewidziana w art. 135 k.r.o., może ona obejmować wszystkie potrzeby uprawnionego, których został pozbawiony w wyniku czynu niedozwolonego, rzeczywiście zaspokajane przez zmarłego, a nie tylko potrzeby „usprawiedliwione”. Jednakże wysokość należnej na podstawie art. 446 § 2 k.c. renty alimentacyjnej została ograniczona przez wprowadzenie drugiej przesłanki w postaci „możliwości zarobkowych i majątkowych zmarłego”, które determinują wysokość renty, a więc jednocześnie determinują zakres potrzeb uprawnionego, które mogą być zaspokojone przez zasądzenie takiej renty. Renta ta może być wyższa niż alimenty przewidziane w art. 135 k.r.o., jednakże nie może być wyższa niż uzasadniona możliwościami zarobkowymi i majątkowymi zmarłego.

Istotą renty z art. 446 § 2 k.c. jest restytucja – w granicach możliwych do zrealizowania – tego stanu rzeczy, jaki istniał w chwili śmierci zmarłego. Istotne znaczenie w tym zakresie ma zasada pełnego odszkodowania. Chodzi tu o restytucję w sensie gospodarczym, bowiem samego wypadku przekreślić się nie da. Należy brać pod uwagę taki stan rzeczy, jaki by istniał, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Uprawniony nie powinien w zasadzie utracić swej dotychczasowej stopy życiowej (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 18 lipca 2013r., sygn. akt I ACa 243/13, LEX nr 1349961).

Co więcej, przy ustalaniu wysokości renty wyrównawczej określonej w art. 446 § 2 k.c. sąd musi dokonać oceny nie tylko rzeczywiście uzyskiwanych przez zmarłego dochodów, ale także uwzględnić jego „możliwości zarobkowe”. Ocena możliwości zarobkowych musi być przy tym oparta na realnych podstawach – sąd musi zatem z dużym stopniem prawdopodobieństwa ustalić, że określone dochody zostałyby osiągnięte przez zmarłego.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, należy przede wszystkim stwierdzić, iż z załączonego do akt sprawy zaświadczenia o zarobkach wynika, że wynagrodzenie B. Ź. z tytułu pracy w banku wynosiło 2.850 złotych brutto (ok. 2.050 złotych netto), przy czym było to ostatnie wynagrodzenie uzyskiwane w okresie przed 10 stycznia 2011r. Oznacza to, że wynagrodzenie w tej wysokości uwzględniało zajmowane przez wymienioną stanowisko pracy oraz uzyskiwane

w ramach licznych szkoleń i kursów kwalifikacje zawodowe. Strona powodowa w żaden sposób nie wykazała, aby w najbliższym czasie istniała realna szansa awansu zawodowego, z którym związana byłaby podwyżka zarobków.

Trzeba jednocześnie pamiętać, że powyższa kwota otrzymywana tytułem wynagrodzenia za pracę służyła utrzymaniu trzech osób, a więc na jednego członka rodziny przypadała kwota ok. 680 złotych miesięcznie. Odnosząc do tej kwoty podawane przez powodów w uzasadnieniu pozwu koszty bieżącego utrzymania, należy stwierdzić, że niektóre z wydatków zostały zawyżone (dla przykładu można tutaj wskazać koszt zakupu ubrań wyliczony na kwotę 200 złotych miesięcznie na każde z dzieci oraz koszt zakupu żywienia oszacowany na kwotę ok. 700 złotych na każdego z powodów, który jest nieco wyższy od dochodów przypadających na jedną osobę za życia B. Ż.). Poza tym w stanowisku prezentowanym przez powodów w toku niniejszego postępowania jest widoczna pewnego rodzaju niekonsekwencja, rzutująca, zdaniem Sądu, na wiarygodność przedstawionych danych dotyczących wysokości ponoszonych wydatków – z jednej strony za życia B. Ż. jej rodzice w całości pokrywali opłaty eksploatacyjne związane z korzystaniem z domu i koszt zakupu jedzenia, a z drugiej powodowie, domagając się renty, do kosztów bieżącego utrzymania doliczają kwotę 700 złotych tytułem kosztów żywienia oraz kwotę 135 złotych tytułem 1/4 ogólnych kosztów eksploatacyjnych. Powyższe prowadziłyby do wniosku, że I. i B. B. (2) inaczej traktowali córkę, a inaczej traktują powodów, którzy za życia matki mieszkali razem z dziadkami, a brak ku temu jakichkolwiek racjonalnych argumentów z uwagi na to, że wymienieni zostali wyznaczeni opiekunami prawnymi powodów i stanowią dla nich rodzinę zastępczą, sprawując nad nimi pieczę, zastępując im rodziców i dbając o ich potrzeby materialne, emocjonalne i edukacyjne.

Obecnie z tytułu śmierci matki powodowie otrzymują rentę rodzinną i tak: powód J. Ż. ok. 1.200 złotych, a powódka M. Ż. 1.400 złotych. Powodowie dostają również z (...) Centrum Pomocy (...) – w związku z pozostawaniem w rodzinie zastępczej – świadczenia w wysokości ok. 347 złotych. Tym samym dysponują łącznym dochodem w wysokości ok. 2.900 złotych, czyli po ok. 1.450 złotych na jedną osobę. Zestawienie tychże danych jednoznacznie wskazuje, że aktualne świadczenia uzyskiwane z ubezpieczenia społecznego i (...) Centrum Pomocy (...) nie są niższe, a nawet zdecydowanie wyższe od alimentów, które byłaby obowiązana płacić B. Ż. na rzecz powodów. Wyplacane świadczenia przewyższają możliwości zarobkowe i majątkowe zmarłej, a śmierć matki nie spowodowała pogorszenia sytuacji materialnej powodów. Skoro za życia matki powodowie mieli zaspokojone wszystkie potrzeby materialne i uczęszczali na szereg zajęć dodatkowych związanych z rozwojem ich pasji, to tym bardziej teraz – ze względu na wysokość wszystkich otrzymywanych świadczeń – są w stanie utrzymywać się na dotychczasowym poziomie. Nawet jeśli przyjąć, że B. Ż. nie ponosiła żadnych kosztów eksploatacyjnych ani kosztów żywienia, to odejmując od kwoty 1.450 złotych wskazane wydatki wyliczone przez samych powodów na łączną kwotę 835 złotych, choć jak zostało wyżej zaznaczone – zdaniem Sądu – są one zawyżone, to do ich dyspozycji pozostaje kwota ok. 600 złotych, z której mogą być finansowane dodatkowe zajęcia pozalekcyjne.

Mając powyższe okoliczności na uwadze, Sąd stwierdził, że brak było przesłanek do zasądzenia renty na podstawie art. 446 § 2 k.c., co skutkowało oddaleniem powództwa w tej części, o czym orzeczono jak w pkt. II sentencji wyroku.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. Zgodnie z art. 455 k.c., jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Z przywołanego przepisu wynika, że w sytuacji gdy ustalenie terminu spełnienia świadczenia na podstawie treści oraz właściwości zobowiązania jest niemożliwe – będziemy mieli do czynienia z zobowiązaniem bezterminowym, które spełnione być powinno niezwłocznie po wezwaniu przez wierzyciela.

W realiach niniejszej sprawy pismem nadanym w dniu 6 kwietnia 2012r. powodowie wezwali pozwaną Szpital do zapłaty, w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania, zadośćuczynienia, odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej oraz comiesięcznej renty. W piśmie tym powodowie dokładnie określili podstawę faktyczną żądań, opisali, na czym polegała nieprawidłowość postępowania lekarza patomorfologa w trakcie badania histopatologicznego z dnia 22 stycznia 2008r., wskazali, jakich roszczeń i z jakiego tytułu się domagają oraz zakreślili stronie pozwanej konkretny termin do spełnienia świadczeń. W ocenie Sądu, na moment wezwania do zapłaty istniały obiektywnie przesłanki do uczynienia zadość żądaniami powodów, a fakt, że w niniejszym procesie przeprowadzono

dowód z opinii biegłych patomorfologa i onkologa, nie może mieć przesądającego znaczenia z punktu widzenia wymagalności roszczeń. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy jednoznacznie wskazuje, że lekarz patomorfolog K. G. (1) już w listopadzie 2008r., kiedy powrócono do badań przeprowadzonych w styczniu 2008r., był świadomy tego, że dokonał błędnego rozpoznania klinicznego, przyznając, że wystarczyło tylko skroić głębsze warstwy materiału, aby postawić właściwą diagnozę. W listopadzie 2008r. zweryfikowano wcześniejsze rozpoznanie i stwierdzono, że usunięte w dniu 16 stycznia 2008r. znamię było czerniakiem. To postawa strony pozwanej wyrażająca się w odmowie spełnienia świadczeń wymusiła na powodach podjęcie dalszych kroków prawnych i wytoczenie powództwa, które okazało się częściowo słuszne. Pozwana placówka medyczna nie może ponosić dodatkowej korzyści w postaci prolongaty należnego odszkodowania i zadośćuczynienia tylko dlatego, że zgłoszone wnioski dowodowe dostatecznie wydłużyły proces.

Z tej przyczyny odsetki zasądzono od dnia wniesienia pozwu, co nastąpiło w dniu 25 kwietnia 2012r. (data wpływu pozwu do Sądu). W tej dacie upłynął już określony pismem z dnia 6 kwietnia 2012r. termin 14 dni do spełnienia świadczenia (pismo zostało nadane w placówce pocztowej tego samego dnia, a ponieważ pismo było doręczane na terenie tego samego miasta, z dużym prawdopodobieństwem można uznać, że doręczenie nastąpiło albo następnego dnia albo dwa dni później, czemu strona pozwana nie zaprzeczyła).

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., dokonując ich stosunkowego rozdzielenia, stosownie do wyniku sprawy.

W niniejszym postępowaniu powodowie dochodzili:

- zadośćuczynienia w kwocie po 300.000 złotych każdy,
- odszkodowania za znaczne pogorszenie sytuacji życiowej w kwocie po 150.000 złotych każdy,
- comiesięcznej renty w kwocie po 200 złotych miesięcznie.

Tym samym wartość przedmiotu sporu w odniesieniu do każdego z powodów wynosi 452.400 złotych, a każdy z powodów utrzymał się ostatecznie z żądaniem w łącznej wysokości 150.000 złotych. Oznacza to, że każdy z powodów wygrał niniejszy proces w ok. 33% (150.000 złotych / 452.400 złotych x 100%), a pozwany – w 67% (100% - 33%).

W tym miejscu należy podkreślić, że po stronie powodowej występowało współuczestnictwo formalne, a powodowie byli reprezentowani przez tego samego pełnomocnika. W odniesieniu do obu powodów sporządzono jeden pozew, a podejmowane w toku niniejszego postępowania czynności procesowe były tożsame. W tych okolicznościach Sąd uznał, że powodom należy się zwrot kosztów zastępstwa procesowego tylko jednego pełnomocnika, ale stosownie do wysokości żądań, których poszczególnie dochodzili w niniejszym postępowaniu. A zatem kwota zastępstwa procesowego wyliczona od ogólnej wartości sporu, czyli kwoty 904.800 złotych, wynosi 7.200 złotych, została podzielona na pół i w konsekwencji przy obliczaniu kosztów procesu poniesionych przez powodów zaliczono na rzecz każdego z nich kwotę 3.600 złotych.

Każdy z osobna powód poniósł następujące koszty procesu: uiszczoną w części opłatę sądową od pozwu w kwocie 5.000 złotych, opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych, koszt zastępstwa procesowego w kwocie 3.600 złotych oraz uiszczone i wykorzystane zaliczki na wynagrodzenie biegłych w kwocie 1.133,29 złotych (powód J. Ż.) i 1.133,30 złotych (powódka M. Ż.), przy czym różnice w kwotach zaliczek wynikają jedynie z tego faktu, że wykorzystano łącznie kwotę 2.266,59 złotych, a ta kwota podzielona na dwie osoby nie dała się zaokrąglić do pełnego grosza.

Pozwany z kolei poniósł koszty procesu obejmujące: koszt zastępstwa procesowego w kwocie 7.200 złotych oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych. Jednakże zarówno koszt zastępstwa procesowego, jak i opłata skarbową zostały rozdzielone stosownie do wysokości żądań, których osobno powodowie dochodzili w tym procesie, a co do których pozwany Szpital musiał podjąć obronę.

Tym samym powodowie powinni zwrócić pozwanemu kwotę 2.417,69 złotych (67% x 3.608,50 złotych), a pozwany powodom: J. Ż. kwotę 3.217,59 złotych (33% x 9.750,29 złotych), zaś M. Ż. kwotę 3.217,60 złotych (33% x 9.750,30 złotych). Do zasądzenia na rzecz powodów pozostała różnica, czyli kwota 799,90 złotych na rzecz J. Ż. oraz kwota 799,91 złotych na rzecz M. Ż., o czym orzeczono jak w pkt. III sentencji wyroku.

Z uwagi na charakter sprawy, jej wielowątkowość, sytuację życiową i rodzinną powodów oraz sytuację majątkową pozwanego Szpitala Sąd odstąpił od obciążania stron postępowania nieuiszczonymi kosztami sądowymi na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (vide: pkt IV sentencji wyroku).