

Sygn. akt I ACa 1244/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 marca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Dorota Markiewicz

Sędzia SA Maciej Dobrzyński

Sędzia SO (del.) Ewa Harasimiuk (spr.)

Protokolant st. sekr. sąd. Joanna Baranowska

po rozpoznaniu w dniu 7 marca 2014 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. P.

przeciwko Centralnemu Szpitalowi Klinicznemu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 5 czerwca 2013 r.

sygn. akt XXIV C 1159/10

- 1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie drugim w części w ten sposób, że zasądza od Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. na rzecz K. P. dalszą kwotę 5.000 zł (pięć tysięcy złotych) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2011 r. do dnia zapłaty oraz w punkcie czwartym w części w ten sposób, że kwotę 250 zł (dwieście pięćdziesiąt złotych) podwyższa do kwoty 524,93 zł (pięćset dwadzieścia cztery złote dziewięćdziesiąt trzy grosze);***
- 2. w pozostałym zakresie apelację oddala;***
- 3. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego;***
- 4. nakazuje pobrać od Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 250 zł (dwieście pięćdziesiąt złotych) tytułem części opłaty od apelacji, od uiszczenia której powód był zwolniony.***

I ACa 1244/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 25 listopada 2010 r. powód K. P. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego (...) Szpitala (...) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W.: kwoty 300.000 zł tytułem odszkodowania za poniesioną szkodę i krzywdę wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 8 marca 2010r., tj. od dnia powstania szkody do dnia zapłaty,

renty czasowej na okres roku w wysokości 1.500 zł miesięcznie oraz kosztów postępowania zgodnie z normami przepisanyymi.

Pismem procesowym z dnia 1 kwietnia 2011 r. powód sprecyzował żądanie pozwu i wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. kwoty 300.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 8 marca 2010 r. do dnia zapłaty w tym: kwoty 296.000 zł tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 4.000 zł tytułem zwrotu wydatków związanych z kosztami leczenia. Powód wniósł nadto o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz renty okresowej począwszy od dnia 8 marca 2010 r. do dnia 30 września 2011 r. w wysokości 1.500 zł miesięcznie, płatnej do rąk powoda do dnia 10-go dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia terminowi płatności którejkolwiek z rat oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego za następstwa mogące powstać w przyszłości. Powód zażądał także zasądzenia od pozwanego kosztów zastępstwa procesowego zgodnie z przepisanyymi normami.

Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. (CSK MSW) wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda kosztów postępowania według norm przepisanych. W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany wskazał, że w sprawie brak jest związku przyczynowo – skutkowego, którego zaistnienie warunkuje uprawnienie do odszkodowania. Podniósł, że powód cierpi na chorobę genetyczną, której skutkom nie można zapobiec, a postępowanie lekarzy CSK MSW było prawidłowe. Dodatkowo, powód poprzez własną decyzję o wyjeździe z W. do domu rodzinnego naraził się cierpienia, za co odpowiedzialności nie może ponosić pozwany.

Wyrokiem z 5 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. na rzecz K. P. kwotę 5.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2011 r. do dnia zapłaty - tytułem zadośćuczynienia (pkt. I); w pozostałym zakresie oddalił powództwo (pkt. II orzeczenia), odstępując od obciążania powoda kosztami procesu (pkt III) i nakazując pobranie od Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. na rzecz Skarbu Państwa - kasa Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 250 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych obciążających stronę pozwaną

Wyrok zapadł w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

W siódmym roku życia rozpoznano u K. P. Zespół Marfana - rzadką chorobę genetyczną, spowodowaną mutacją genu fibryliny - 1 na chromosomie 15. Mutacja fibryliny wywołuje zaburzenia struktury i funkcjonowania tkanki łącznej, w tym tkanki łącznej warstwy środkowej tętnic, co prowadzi do zwyrodnienia i martwicy tej warstwy. Konsekwencją jest poszerzanie się naczyń tętniczych, tworzenie tętniaków i rozwarstwianie się ścian tętnic. Proces dotyczy najczęściej aorty i jest progresywny. W związku z chorobą mogą występować: niedomykalność zastawek serca, podwichnięcia soczewek oczu, wysoki wzrost, wydłużenia palców i długie kończyny, czy nadmierna szczupłość. Choroba ma zwykle ciężki przebieg. U chorych dochodzi najczęściej w wieku młodzieńczym do powstania tętniaka aorty wstępującej, który przy szerokości przekraczającej 5 cm stanowi bardzo duże zagrożenie rozwarstwieniem. Rozwarstwienie się aorty i tętniaka może manifestować się różnymi objawami i maskować inne choroby. Przy rozwarstwieniu się aorty mogą wystąpić bóle brzucha. Wygląd powoda tylko częściowo wskazuje, że choruje na Zespół Marfana, mimo wystąpienia innych cech – nie jest on szczupły i nie ma astenicznej budowy ciała. Tym niemniej choroba ma u niego ciężki przebieg i ciągle postępuje. Od 2005 r. obserwowano u K. P. sukcesywne powiększanie się aorty wstępującej. Przeszedł on operację usunięcia soczewek oczu. W lutym 2010 r. K. P. był na konsultacji u kardiologa w P., gdzie stwierdzono u niego rozszerzenie aorty, które jednak nie kwalifikowało się do natychmiastowego zabiegu. Operację planowano na okres wakacyjny roku 2010, tak aby jak najmniej zakłócać tok studiów powoda, bowiem pomimo swojej choroby, powód studiował na Politechnice (...). Mieszkał w akademiku.

W godzinach wczesno porannych 8 marca 2010 r. K. P., przebywający wtedy w akademiku, źle się poczuł, stracił czucie w lewej kończynie górnej, miał uczucie pulsowania gorąca w ramionach, odczuwał ból w klatce piersiowej, a potem w okolicach pleców i nerek. Poprosił kolegę N. Z., aby wezwał pogotowie. Podczas rozmowy z dyspozytorem powód poinformował, że cierpi na Zespół Marfana. Pogotowie przyjechało po ok. 15 minutach. Powoda przewieziono do (...) Szpitala (...) przy ul. (...) w W.. Ekipa karetki nie przekazała pracownikom szpitala informacji o tym, że

pacjent choruje na Zespół (...). Około godziny 4:50 przeprowadzono wywiad w izbie przyjęć. W dokumencie z tej czynności zaznaczono, że wywiad jest bardzo trudny do zebrania. Powód nie poinformował wówczas lekarzy, że choruje na Zespół (...), że przyjmuje w związku z tym leki oraz że został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Po przeprowadzeniu wywiadu, powodowi podano kroplówkę, przeprowadzono badanie EKG oraz badanie enzymów wskaźnikowych dla mięśnia serca oraz z uwagi na dziwne zachowanie poddano go badaniu na obecność narkotyków. Przeprowadzone badania nie wykazały żadnej patologii. Około godziny 16:30 K. P. został zbadany przez lekarza gastrologa, któremu zgłosił, że miał usunięte soczewki. Lekarz gastrolog odnotował podejrzenie Zespołu Marfana, ale zlecił jedynie badanie RTG i USG brzucha. W szpitalu nie przeprowadzono żadnych badań pod kątem Zespołu Marfana. Późnym popołudniem, z uwagi brak konieczności hospitalizacji, K. P. został wypisany ze szpitala z podejrzeniem kolki jelitowej, zleconymi lekami i zaleceniem kontroli w poradni gastrologicznej. Taka diagnoza bardzo uspokoiła powoda.

Po wyjściu ze szpitala (...) wrócił do akademika, jednak już w drodze poczuł się źle, był obolały. Kolega wykupił dla niego leki przepisane w szpitalu, po przyjęciu których powód przejściowo poczuł się lepiej. Później pojawił się ból pleców, w większym niż poprzednio natężeniu. K. P. nie zadzwonił jednak na pogotowie, ale do rodziców, którzy następnego dnia mieli go zabrać do domu w J. - miejscowości położonej ok. 100 km od W.. W dniu 9 marca 2010 r. około godziny 11:00 do akademika przyjechała matka powoda wraz z jego siostrą. K. P. nie mógł wstać z łóżka, miał duże trudności w ubraniu się i przejściu do samochodu, wymagał pomocy. W czasie podróży, która trwała 3 godziny, bóle pleców i klatki piersiowej utrzymywały się. Po dotarciu do domu rodzinnego głównie leżał, nic nie jadł i nie pił. Następnego dnia miał umówioną wizytę u lekarza chirurga. W dniu 10 marca 2010 r. około godziny 4:00 nad ranem u K. P. pojawiła się duszność i nasiliły się bóle w klatce piersiowej. Matka zawiozła go do szpitala w K., gdzie po przeprowadzeniu badania ECHO serca, stwierdzono u niego rozwarstwienie aorty wstępującej i niedomykalność zastawki aortalnej. W czasie pobytu w szpitalu w K. nasiliły się bóle brzucha i okolic nerek. W związku ze stwierdzonymi schorzeniami K. P. został skierowany na oddział kardiochirurgii. Z uwagi na brak takiego oddziału w Szpitalu w K., przewieziono go na oddział kardiochirurgii w R., gdzie po badaniach rezonansem magnetycznym i tomografem komputerowym, stwierdzono u pacjenta rozwarstwienie ściany aorty rozpoczynające się na poziomie zastawki aorty, obejmujące aortę wstępującą, łuk oraz część zstępującą oraz rozwarstwienie tętniaka aorty piersiowej w części wstępującej, łuku i części zstępującej. W związku z powyższym w trybie pilnym wykonano operację B.. Pacjentowi podawano morfinę. Po operacji lekarz zamknął klatkę piersiową pacjenta jedynie czasowo, pozostawiając drenaż śródpiersia. Była to standardowa procedura w takim przypadku, stosowana w celu zapewnienia możliwości obserwacji aorty po zabiegu. Ostatecznie klatka piersiowa pacjenta została zamknięta po dwóch dobach od operacji. Leki podane powodowi w pozwanym CSK MSW w W. nie miały żadnego wpływu na przebieg zabiegu operacyjnego i możliwość zamknięcia klatki piersiowej po jego zakończeniu. Nie spowodowały one pogorszenia stanu zdrowia powoda. K. P. został wypisany ze szpitala w R. w dniu 25 marca 2010 r. w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem zwolnienia z zajęć na uczelni przez 30 dni.

Sąd Okręgowy ustalił, iż lekarze zajmujący się K. P. w CSK MSW w W. powinni byli poprosić o konsultację kardiologiczną, jeżeli wiadomo im było, że pacjent ma rozpoznany Zespół Marfana. Nie uczynili tego, w konsekwencji postawili diagnozę niepełną, ale nie błędną, co nie sprowadzało zagrożenia życia i zdrowia K. P.. Z uwagi na objawy towarzyszące jest bardzo prawdopodobne, że pacjent cierpiał również na kolkę jelitową. W chwili wyrokowania nie było możliwe dokładne określenie momentu, w którym rozpoczął się proces rozwarstwienia aorty.

K. P. doznał szczególnie intensywnego bólu w dniach od 8 do 13 marca 2010 r. Ból był trudny do zniesienia. Po wyjściu ze szpitala korzystał z porad kardiologicznych nawet 3 razy w miesiącu, przy czym koszt jednej wizyty wyniósł od 100 do 200 zł. Dodatkowo powód ponosił koszty zakupu leków: 80-100 zł na 3 miesiące, oraz badań lekarskich i dojazdów na te badania i konsultacje. .

Od marca 2010 r. do września 2011 r. przebywał na urlopie dziekańskim. W dniu 28 września 2011 r. przeszedł operację wymiany tętnicy piersiowo-brzuszej w Belgii.

Sąd Okręgowy w Warszawie dokonał ustaleń faktycznych na podstawie dowodów z dokumentów, dokumentacji medycznej, faktur, zaświadczeń, pisemnej i ustnej opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii i chorób wewnętrznych I. S., oraz w oparciu o zeznania świadków: J. P., J. C., A. S., P. K. i R. J., oraz wyjaśnienia powoda K. P. złożone na rozprawie w dniu 22 maja 2013 r. Wskazał, iż wszystkie te dowody należało uznać za wiarygodne źródła informacji, gdyż wzajemnie się one uzupełniają i potwierdzają. Za kluczowy dowód sąd I instancji uznał opinię biegłego sądowego z zakresu kardiologii i chorób wewnętrznych I. S., bowiem opinia ta została sporządzona przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje w oparciu o dokumentację lekarską oraz badanie podmiotowe i przedmiotowe powoda. Zdaniem Sądu Okręgowego opinia ta jest logiczna i rzeczowa, w sposób wyczerpujący odpowiadająca na zadane pytania. Z tych względów stała się ona podstawą własnych ustaleń Sądu.

Podstawą rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego były przepisy art. 430 k.c., 415 k.c. i 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c. oraz art. 455 i 481 § 1 k.c., a także art. 102 k.p.c.

Sąd Okręgowy zważył, iż podmiotem pozwanym w przedmiotowej sprawie jest publiczny zakład opieki zdrowotnej, którego ustawowym obowiązkiem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i skonkludował, iż ewentualna odpowiedzialność pozwanego wobec powoda ma charakter deliktowy, stwierdzając, iż zakład leczniczy odpowiada za lekarza jako podwładnego nie tylko dlatego, że ma bardziej lub mniej rozległą kontrolę nad nim, lecz także dlatego, iż lekarz ten jest pracownikiem zakładu i że jego działalność odnoszona jest do zakładu. W ocenie Sądu Okręgowego za szkodę wyrządzoną z winy personelu medycznego publiczny zakład opieki zdrowotnej odpowiada na podstawie art. 430 k.c. na zasadzie ryzyka za szkodę wyrządzoną z winy lekarza świadczącego usługi medyczne w ramach powierzonych mu obowiązków - o ile lekarzom pozwanego szpitala, którzy zajmowali się powodem i stawiali diagnozę można postawić zarzut działania zawinionego w rozumieniu art. 415 k.c. Ogólnie przyjętym w judykaturze jest bowiem stanowisko, iż "błędy diagnostyki i terapii stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego – przywołano wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 27.06.2007 r. w sprawie VI ACa 108/07.

Lekarz ma wykonywać swój zawód *legē artis*, a więc zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Wskazano także, iż medycyna podlega dynamicznemu procesowi rozwoju, dlatego obowiązkiem lekarza jest śledzenie postępów wiedzy i stałe jej uzupełnianie, oraz wykonywanie swego zawód z należytą starannością. Wynika to nie tylko z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale także z art. 355 k.c., który choć wprost odnosi się do dłużnika, może i powinien być stosowany do oceny wszelkich sytuacji wiążących się z odpowiedzialnością deliktową.

Sąd Okręgowy dokonując ustaleń w zakresie prawidłowości działań podejmowanych wobec powoda przez personel medyczny pozwanego szpitala kierował się - jak wynika z motywów pisemnych rozstrzygnięcia - przede wszystkim wnioskami płynącymi z opinii biegłego, które uznał za podstawę swoich ustaleń. Dla rozstrzygnięcia zasadności roszczeń powoda bowiem konieczne było dokonanie oceny, czy postępowanie personelu pozwanego szpitala wobec powoda pozostawało w zgodzie z zasadami sztuki medycznej, a lekarze opiekujący się powodem dochowali należytej staranności, a w konsekwencji czy doszło do popełnienia błędu w sztuce medycznej. Błąd w sztuce medycznej Sąd Okręgowy zdefiniował jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, jako kategorię obiektywną, niezależną od konkretnej osoby, czy okoliczności. Za Sądem Najwyższym, stwierdził, że błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (wyrok SN z 1.04.1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7). Wśród błędów lekarskich wyróżniono błędy diagnostyczne (rozpoznanie) i terapeutyczne (błąd w leczeniu). Błąd diagnostyczny jest tym, który wywiera zwykle najdonioślejsze konsekwencje. Wpływa bowiem ujemnie na cały dalszy proces leczenia chorego, a często rodzi nieodwracalne skutki. Polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częścię na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi następnie do pogorszenia jego stanu zdrowia. Błąd taki wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz stawiający diagnozę. O zaistnieniu elementu obiektywnego winy lekarza decyduje naruszenie przez niego praw pacjenta, zaś element subiektywny wiąże się z możliwością postawienia lekarzowi w konkretnej sytuacji zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w rezultacie naganego zachowania się. Wśród praw pacjenta, o których mowa w art. 18 i 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w kontekście podstawy faktycznej powództwa, na pierwszy plan należy wysunąć

prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Z prawem tym skorelowany jest obowiązek lekarza wynikający z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty polegający na wykonywaniu zawodu 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.

Błąd lekarski staje się zawiniony, jeżeli wynika z niedbalstwa albo z braku ostrożności lekarza, ponieważ działając z wymaganą przezornością mógłby błędu tego uniknąć. W przypadkach wątpliwych, lekarz ma obowiązek kontrolować dokładność swojej diagnozy wszelkimi dostępnymi mu środkami. W konsekwencji jest winą lekarza, gdy błędna diagnoza była postawiona bez przedsięwzięcia pogłębionego badania nakazanego w danych okolicznościach i wymaganego normalnie przez praktykę lekarską (tak. M. Nestorowicz, Prawo medyczne, Toruń 2010, s. 208 i nast.). W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy ustalił, że diagnoza postawiona przez lekarzy pozwanego szpitala nie była błędna, lecz niepełna, zaś wynikała zarówno z występujących u K. P. objawów, jak i z nieskorzystania z konsultacji kardiologicznej i nieprzeprowadzenia koniecznych badań pomocniczych – np. z postaci ECHO serca. Wskazano, iż pozwana nie może odpowiadać za nieprzekazanie przez personel medyczny z karetki lekarzom przyjmującym pacjenta na izbie przyjęć CSK MSW informacji, iż powód cierpi na zespół Marfana. Powód również nie podał tej informacji w wywiadzie ani nie poinformował, iż kilka miesięcy wcześniej został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, którego termin wyznaczono na jesień 2010 r. Jednak już w godzinach popołudniowych lekarz gastroenterolog pozyskał informację, iż powód cierpi na Zespół Marfana, a przynajmniej uwidoczniał takie podejrzenie w zapisie z konsultacji. Według Sądu Okręgowego taka wiedza, połączona z cechami wyglądu powoda, powinna była skutkować skierowaniem powoda na konsultację kardiologiczną i przeprowadzeniem dalszych badań, w tym ECHO serca, co pozwoliłoby stwierdzić, czy doszło do rozwarstwienia aorty.

Powołany w sprawie biegły jednoznacznie wskazał – w ocenie Sądu Okręgowego, że gdyby lekarzom przyjmującym pacjenta do szpitala udzielono informacji o planowanym zabiegu operacyjnym i chorobie, na którą cierpi powód, to w takim przypadku przeprowadzenie konsultacji kardiologicznej byłoby niezbędne. Brak wiedzy w tym przedmiocie oznacza, iż w pierwszych godzinach pobytu powoda w pozwanym szpitalu nie było jednoznacznych wskazań do odbycia takiej konsultacji. Zwrócono uwagę, że powód zgłaszał lekarzom objawy, które uzasadniały diagnozę, że cierpi na kolkę jelitową. Zdaniem Sądu Okręgowego, prawidłowość tej diagnozy nie została podważona w toku postępowania, skutecznie zakwestionowano jedynie jej kompletność, gdyż nie uwzględniała ona zasadniczej choroby K. P.. Zaznaczono, że postawiona przez lekarzy pozwanego szpitala diagnoza nie sprowadzała zagrożenia życia i zdrowia powoda oraz nie zamykała możliwości uzupełnienia diagnozy w przyszłości, w związku z nawracającymi dolegliwościami. Jak wynika z opinii biegłego, której ustalenia sąd I instancji przyjął jako własne, choroba powoda ciągle postępowała. Powiększanie się aorty wstępującej następowało sukcesywnie i nie miało charakteru nagłego. Stwierdzono na datę wydawania opinii, że nie jest możliwe ustalenie, kiedy dokładnie nastąpiło rozwarstwienie aorty. Dolegliwości jakie odczuwał powód miały bowiem charakter fazowy. Mogło to nastąpić zarówno w dniu 8 marca 2010 r., kiedy powód zgłosił się do pozwanego szpitala, ale także po powrocie do akademika, czy w czasie uciążliwej dla niego podróży do J.. Zważywszy jednak na rodzaj i zakres objawów które wystąpiły u powoda w dniu przyjęcia do pozwanego szpitala postawiono hipotezę, że właśnie wtedy proces rozwarstwiania się rozpoczął. Przytoczono pogląd, iż w zakresie odpowiedzialności za szkody na zdrowiu wyrządzone przez lekarzy przyjmuje się, że istnienie związku przyczynowego (art. 361 § 1 k.c.) z reguły nie może być absolutnie pewne, wystarczy więc jego ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (przywołano wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 30.10.2012 r., IACa 650/12).

Wobec tego brak dodatkowej diagnostyki po wystąpieniu co najmniej podejrzenia co do podstawowego schorzenia, na które cierpiał powód, został zakwalifikowany jako zaniechanie, w konsekwencji stanowiące zawiniony błąd w sztuce medycznej, skutkujący odpowiedzialnością CSK MSW w W., jako ponoszącego odpowiedzialność za błędy i zaniedbania personelu medycznego skutkujące szkodą lub krzywdą doznawaną przez pacjenta. (W tym miejscu wskazano na treść wyrok Sądu Najwyższego z 10.07.1998r., ICKN 786/97).

Przeprowadzając analizę normy zawartej w art. 444 k.c. w kontekście żądań powoda zasądzenia odszkodowania i renty tymczasowej Sąd Okręgowy uznał, iż brak jest podstaw faktycznych i prawnych do ich uwzględnienia. Uzasadniając swoje roszczenie o odszkodowanie powód wskazywał, że musi przyjmować dodatkowe leki, ponosić

koszty wizyt lekarskich oraz dojazdów. Odnosząc się natomiast do żądania renty czasowej podniósł, że wskutek operacji nie mógł wrócić na studia, co zmusiło go do wzięcia urlopu dziekańskiego. Nie mógł też w tym czasie podjąć pracy zarobkowej. Nie negując faktu, że powód musiał i w dalszym ciągu musi ponosić dodatkowe koszty na zakup leków czy wizyty lekarskie, jak i tego, że konieczność poddania się operacji spowodowała destabilizację jego dotychczasowego życia, Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że ww. koszty pozostają w związku z chorobą genetyczną, jaką zdiagnozowano u powoda już w siódmym roku życia. Nie istnieje natomiast związek przyczynowy pomiędzy tymi wydatkami, a błędem w sztuce lekarskiej, którego dopuścili się lekarze pozwanego szpitala. Wprawdzie niepełna diagnoza postawiona przez lekarzy opóźniła podjęcie właściwych czynności medycznych, lecz jednocześnie brak jest dowodów, że błąd ten w jakikolwiek sposób wpłynął na przebieg operacji, czy jej ostateczny wynik. Nie znajduje także potwierdzenia w materiale dowodowym teza, że błąd ten skutkował pogorszeniem stanu zdrowia K. P.. Nie ma wątpliwości, że powód ponosi koszty związane ze swoją chorobą, przy czym – zdaniem Sądu Okręgowego - zarówno konieczność wydatkowania kwot na ten cel, jak i wysokość tych wydatków nie są w żaden sposób związane z terminem przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Nawet gdyby zabieg ten odbył się w dniu 8 marca 2010 r., czyli w dniu zgłoszenia się K. P. do pozwanego Szpitala, powód i tak ponosiłby te same koszty związane z zakupem leków czy z późniejszymi wizytami lekarskimi. Przesunięcie zabiegu o dwie doby nie spowodowało więc poniesienia przez powoda dodatkowych kosztów. Podobnie oceniono kwestię przerwania studiów, czy niemożliwość podjęcia pracy zarobkowej. Przyczyną czasowego przerwania studiów była bowiem w istocie operacja, która miała bardzo inwazyjny charakter, gdyż wiązała się z otwarciem klatki piersiowej. Nie ulega wątpliwości, że po takim zabiegu powód musiał przejść długą rekonwalescencję. Podkreślono, iż nie ma podstaw do twierdzenia, że postawienie przez lekarzy pozwanego szpitala pełnej i prawidłowej diagnozy, a w konsekwencji szybsze przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, nie spowodowałoby konieczności przerwania studiów przez powoda. W związku z powyższym, żądanie powoda zasądzenia na jego rzecz odszkodowania i renty uznano za nieuzasadnione, wobec braku związku przyczynowego pomiędzy błędem lekarskim popełnionym przez lekarzy pozwanego a kosztami leczenia, które ponosi powód oraz koniecznością przerwania przez niego studiów.

Sąd Okręgowy uznał natomiast za usprawiedliwione co do zasady żądanie K. P. zasądzenia na jego rzecz zadośćuczynienia na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. Stwierdził, w oparciu o zacytowane judykaty, iż celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie cierpień fizycznych i psychicznych osoby poszkodowanej. Kompensacyjny charakter zadośćuczynienia ma polegać na wynagrodzeniu krzywdy, tak aby zatrzeć lub co najmniej złagodzić odczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną (vide: uchwale pełnego składu Izby Cywilnej SN z 8.12.1973 r., III CZP 37/ 73, wyrok SN z 20.03.2002 r., V CKN 909/00, wyrok SN z 3.02.2000 r., CKN 969/98). Powołując się na bogate orzecznictwo w tej materii (wyroki SN z 20.04. 2006 r., IV CSK 99/0; z 9.11. 2007 r., V CSK 245/07 i z 29.05.2008 r., II CSK 78/08) Sąd Okręgowy stwierdził, iż ustawodawca, wprowadzając zadośćuczynienie jako środek rekompensaty krzywdy wskazał jedynie, że wysokość tego świadczenia winna być odpowiednia. Z tych przyczyn, ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia, sąd I instancji odwołał się do kryteriów jej ustalania, wypracowanych przez orzecznictwo i wziął pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, tj. rozmiar doznanych cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność, trwałość, nieodwracalny charakter, a także konsekwencje, które szkoda spowodowała w życiu poszkodowanego, jego wiek, rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiową, etc.

W swych rozważaniach Sąd Okręgowy podkreślił, że aktualny stan zdrowia K. P. jest skutkiem poważnej choroby genetycznej, której wystąpienie i przebieg były niezależne od działań podejmowanych w pozwanym szpitalu. Wskazania do zabiegu operacyjnego u powoda istniały już w lutym 2010 r., z tym że przeprowadzenie operacji zostało odroczone na okres wakacyjny 2010 r. W rezultacie, operacja była u powoda nieuchronna, tak jak nieuchronne były jej skutki w postaci ogromnego bólu pooperacyjnego, przerwy w nauce, konieczności zakupu leków czy konsultacji medycznych. Postawienie właściwej diagnozy przez lekarzy pozwanego szpitala już w dniu 8 marca 2010 r. skutkowałoby zapewne szybszym przeprowadzeniem operacji. Tymczasem doszło do niej dwie doby później. Wprawdzie, co podkreślono, nie ma jednoznacznych dowodów na to, że rozwarstwienie aorty istniało w chwili przyjęcia do szpitala, jednak skala objawów na to wskazywała. W okresie pomiędzy badaniem w pozwanym Szpitalu a operacją w R., powód był narażony na poważne cierpienia fizyczne, odczuwał bardzo silny ból w okolicach klatki

piersiowej, płuców i nerek. Był obolały do tego stopnia, że nie mógł samodzielnie wykonywać podstawowych czynności, jak ubranie się. Wprawdzie dolegliwości bólowe u powoda okresowo zmniejszyły się po kilku godzinach, jednakże było to wynikiem działania środków przeciwbólowych. Szczególnie silne dolegliwości bólowe powód odczuwał w czasie podróży do domu w dniu 9 marca 2010 r., na którą sam się naraził. Zwrócono jednak uwagę, że lekarze pozwanego szpitala uspokoili powoda, wskazując, iż przyczyną jego dolegliwości jest jedynie kolka jelitowa, która to informacja uspokoila powoda. Z tych przyczyn powód nie zdecydował się na skorzystanie z natychmiastowej pomocy lekarzy w W.. Stąd zdaniem sądu I instancji nie można czynić powodowi zarzutu, że sam naraził się na dodatkowe cierpienie, bowiem działał on w uzasadnionym, potwierdzonym diagnozą lekarską przekonaniu, że jego dolegliwości nie mają związku z Zespołem Marfana, lecz są wynikiem kolki jelitowej.

Przy czym nie można już uznać, że cierpienia, które towarzyszyły mu po operacji przeprowadzonej w R. a spotęgowane niemożnością zamknięcia klatki piersiowej i koniecznością przyjmowania morfiny mają związek z diagnozą postawioną w pozwanym Szpitalu. W toku postępowania ustalono bowiem bezsprzecznie, że pozostawienie otwartej klatki piersiowej po operacji, którą przeszedł powód jest postępowaniem standardowym, podobnie jak podanie po zabiegu morfiny, zaś leki zapisane mu w pozwanym Szpitalu nie miały żadnego wpływu na przebieg operacji, czy jego stan po zabiegu. W świetle powyższego Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, iż nie znajduje uzasadnienia twierdzenie, że przebieg operacji, jej zakres i skutki byłyby inne, gdyby diagnoza postawiona w pozwanym szpitalu była pełna. Operacja Bentalla jest zabiegiem inwazyjnym, wiążącym się z koniecznością rozcięcia wielu tkanek. Podkreślono, że operacja i związane z nią cierpienie były dla powoda nieuniknione i niezależne od tego w jakim terminie operacja zostałaby przeprowadzona, a zatem brak było podstaw do przyjęcia, że działania lekarzy pozwanego szpitala spowodowały zwiększenie rozmiaru cierpień, jakich doznał powód w związku z operacją. Stąd okoliczność ta nie mogła rzutować na wysokość zadośćuczynienia w niniejszej sprawie.

W ocenie Sądu Okręgowego powód nie doznał istotnej krzywdy w wymiarze psychicznym. Wynika to z faktu, że postawiona przez lekarzy pozwanego szpitala diagnoza uspokoila powoda i jego bliskich. Po opuszczeniu szpitala pozostawał on w świadomości, że nic mu nie grozi, gdyż z diagnozy lekarskiej wynikało, że jego dolegliwości miały związek jedynie z kolką jelitową. Powód nie wiedział także o istnieniu bardzo dużego ryzyka zabiegu, któremu był poddany w R.. Oczywistym jest, że powodowi towarzyszył stres kiedy dowiedział się jaka jest rzeczywista diagnoza, jednakże takie same przeżycia byłyby jego udziałem, gdyby dowiedział się o tym w W. i tam oczekiwał na zabieg.

Jako właściwą i utrzymaną w rozsądnych granicach kwotę pieniężną tytułem kompensaty doznanej przez K. P. krzywdy Sąd Okręgowy uznał 5000 złotych, wzięwszy pod uwagę zarówno intensywność cierpień fizycznych powoda w okresie poprzedzającym operację, jak i ich krótkotrwałość. Odsetki od w/w kwoty zasądzono od dnia 21 lutego 2011 r., tj. od daty wezwania zobowiązanego do spełnienia świadczenia - powołano art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c. Wskazano także, powołując się na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2004 r. w sprawie V CK 461/03, iż w typowych sytuacjach, gdy z okoliczności nic innego nie wynika, należy przyjmować, że „niezwłoczne” spełnienie świadczenia oznacza spełnienie go w terminie 14 dni od wezwania. Zważywszy, iż wezwanie to nastąpiło z chwilą doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, czyli 7 lutego 2011 r., właściwym było zasądzenie zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 21 lutego 2011 r.

W rozważaniach dotyczących żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości z tego samego zdarzenia, Sąd Okręgowy wskazał, że za możliwością takiego rozstrzygnięcia opowiedział się Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 12 kwietnia 1970 r. w sprawie III PZP 34/69 (OSNCP z 1970 roku, Nr 12, poz. 217), opierając się na konstatacji, że szkody na osobie nie zawsze powstają jednocześnie ze zdarzeniem, które wywołało uszkodzenie ciała i są one z istoty swej rozwojowe. Poszkodowany z reguły nie może w chwili wszczęcia procesu dochodzić wszystkich roszczeń, jakie mogą mu przysługiwać z określonego stosunku prawnego. Jednakże przenosząc wywody zawarte w uzasadnieniu cytowanej uchwały na grunt rozpoznawanej sprawy, Sąd Okręgowy uznał, iż żądanie to nie zasługuje na uwzględnienie wskazując, iż w okolicznościach niniejszej sprawy brak jest podstaw do stwierdzenia, że błąd popełniony przez lekarzy pozwanego szpitala będzie miał jakiegokolwiek następstwa w przyszłości. Oczywistym jest, że u powoda cierpiącego na ciężką chorobę genetyczną, która ciągle

postępuje, będą występować negatywne skutki zdrowotne, jednakże nie można ich będzie wiązać z błędem lekarzy pozwanego Szpitala.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł w oparciu o art. 102 k.p.c.

Od powyższego wyroku apelację wniósł powód zaskarżając go w punkcie II i formułując następujące zarzuty:

I. naruszenia prawa materialnego, tj.:

- art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie, a w konsekwencji uznanie, że zasądzona na rzecz powoda kwota 5.000 zł stanowi odpowiednią sumę zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, w sytuacji, gdy kwota ta nie kompensuje w całości stopnia i czasu trwania cierpień fizycznych i psychicznych powoda oraz doznanej przez niego krzywdy,

- art. 444 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i oddalenie żądania powoda w zakresie odszkodowania i czasowej renty w sytuacji, gdy istnieje związek przyczynowo- skutkowy pomiędzy błędem lekarskim popełnionym przez lekarzy pozwanego a kosztami leczenia, które ponosi powód oraz koniecznością przerwania przez niego studiów,

- art. 442¹ § 3 k.c. poprzez jego niezastosowanie a w konsekwencji uznanie, że w okolicznościach niniejszej sprawy powód nie legitymuje się interesem prawnym w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, w sytuacji, gdy żądanie takie jest w pełni uzasadnione,

oraz

II. naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj.:

- art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie dyrektywy zasady swobody sędziowskiej w ocenie materiału dowodowego, a w konsekwencji: wydanie rozstrzygnięcia w oparciu o wybiórczo dobrany materiał dowodowy, m. in. opinię biegłej sądowej z zakresu kardiologii I. S., która to opinia pozostaje w sprzeczności z pozostałymi dowodami zgromadzonymi w sprawie, pominięcie uznanych za wiarygodne zeznań świadka R. J. oraz powoda, które przeczą materiałowi dowodowemu uznanemu za podstawę wydania orzeczenia, oraz niewyjaśnienie w treści uzasadnienia powyższych sprzeczności; dokonanie niewłaściwej oceny prawidłowo zebranego w sprawie materiału dowodowego i wyprowadzenie z nich wniosków sprzecznych z zasadami logicznego rozumowania, poprzez przyjęcie, że błąd diagnostyczny popełniony przez pozwanego, nie stanowił dla powoda zagrożenia życia, w sytuacji, gdy materiał dowodowy zgromadzony w sprawie wskazuje, że na skutek popełnionego błędu ryzyko powodzenia operacji z dnia 10 marca 2010 roku znacznie zmalało powodując bezpośrednie zagrożenie życia powoda oraz utratę zdrowia,

- art. 233 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak uzasadnienia przyczyn uwzględnienia roszczenia powoda jedynie w nieznacznym zakresie,

- art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie w treści uzasadnienia postawy faktycznej rozstrzygnięcia (tj. faktów które uznał za udowodnione i dowodów, na których się oparł) oraz nie wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku w zakresie zasądzenia na rzecz powoda kwoty 5.000 zł, jak również sposobu jej wyliczenia.

Podnosząc powyższe zarzuty powód na podstawie art. 386 § 1 i § 4 k.p.c. wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od (...)

Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w W. na rzecz powoda kwoty

300.000 zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia wraz z odsetkami od dnia złożenia

pozewu do dnia zapłaty jak również zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda renty

okresowej począwszy od dnia 8 marca 2010 roku do dnia 30 września 2011 roku w wysokości 1.500 zł miesięcznie,

płatnej do rąk powoda do dnia 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanego za następstwa mogące powstać w przyszłości,

ewentualnie

- uchylenie zaskarżonego wyroku oraz przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego jej rozpatrzenia, a także rozstrzygnięcia o kosztach instancji odwoławczej.

Powód złożył także wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych w zakresie apelacji, gdyż nie jest w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. (k. 401 i n. apelacja) Wniosek ten został uwzględniony postanowieniem z 18 lipca 2013 r. (k. 431)

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania odwoławczego według norm przepisanych (k. 438 – 439 odpowiedź na apelację).

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda K. P. zasługuje na aprobatę jedynie w nieznaczej części.

Na wstępie podkreślania wymaga, iż Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił okoliczności faktyczne istotne dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy, dlatego też Sąd Apelacyjny przyjmuje ustalenia te za własne. Sąd ten również starannie przeprowadził postępowanie dowodowe w zakresie wnioskowanym przez strony i dokonał wnikliwej analizy wyników tego postępowania. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, sąd I instancji dokonał także starannej i w przeważającej mierze trafnej oceny prawnej zasadności żądania powoda. Rozważania prawne Sądu Okręgowego – poza częścią dotyczącą podstawy prawnej odpowiedzialności pozwanego CSK MSW w W., oraz wywoдем dotyczącym przyczyn oddalenia roszczenia ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość - również zasługują na pełną akceptację i nie wymagają powtórzenia.

Odnosząc się do poszczególnych zarzutów apelacji, w pierwszej kolejności rozważyć należy zarzuty naruszenia przepisów postępowania, które zdaniem Skarżącego mogły mieć wpływ na wynik sprawy, tj. skutkowały wadliwymi ustaleniami faktycznymi w sprawie.

Sąd Apelacyjny zauważa, że stosownie do treści art. 233 § 1 k.p.c. sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Jak podkreśla się w orzecznictwie ocena dowodów pod kątem ich wiarygodności i mocy należy do podstawowych zadań sądu, wyrażających istotę sądenia, czyli rozstrzygnięcia kwestii spornych w warunkach niezawisłości, na podstawie własnego przekonania sędziego przy uwzględnieniu całokształtu zebranego materiału. Sąd dokonuje swobodnej oceny dowodów, nie jest to jednak ocena dowolna. Granice sędziowskiej oceny dowodów wyznaczają przepisy proceduralne (przepisy k.p.c. o dowodach i postępowaniu dowodowym), reguły logicznego rozumowania oraz zasady doświadczenia życiowego. Obowiązkiem sądu jest ocena wszystkich przeprowadzonych dowodów z uwzględnieniem wszelkich towarzyszących im okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla oceny mocy i wiarygodności tych dowodów. Ocena poszczególnych dowodów nie może ograniczać się tylko do wybranych przesłanek, ale powinna być zestawiona z pozostałymi dowodami naświetlającymi okoliczności sprawy, w szczególności tymi, które czynią to w sposób odmienny. Jeżeli powstaną sprzeczności pomiędzy poszczególnymi dowodami, sąd winien rozważyć, którym dowodom dać wiarę, a przy tej ocenie winien kierować się zasadami logiki i doświadczenia życiowego.

Sąd Okręgowy niewątpliwie prawidłowo zgromadził materiał dowodowy w sprawie i wyniki tego postępowania znalazły wyraz w postaci stosownej oceny w uzasadnieniu wyroku. Wbrew twierdzeniom apelacji Sąd Okręgowy uwzględnił dokonując ustaleń faktycznych nie tylko opinię biegłej z zakresu kardiologii, ale także zeznania powoda, oraz świadka R. J., przypisując tym dowodom stosowną rangę i uwzględniając, iż zeznania świadka – mimo, iż posiada on wiedzę specjalistyczną mogą dotyczyć wyłącznie faktów i nie mogą wprowadzać do materiału dowodowego ocen tych faktów. Oceny bowiem w ramach swej specjalności może skutecznie formułować wyłącznie biegły w oparciu o swoją wiedzę, doświadczenie, dowody zaoferowane w sprawie, ewentualne badanie podmiotowe i przedmiotowe. Ostatecznej oceny całokształtu dowodów dokonuje również sąd orzekający w sprawie. Podkreślenia wymaga, iż zwalczanie ustaleń faktycznych Sądu i związanej z tym oceny materiału dowodowego może następować tylko poprzez

argumenty natury jurydycznej, wykazanie, jakie kryteria oceny naruszył Sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności lub mocy dowodowej lub niesłusznie im ją przyznając. Apelujący wskazał jakie dowody zostały w jego ocenie pominięte/nierozważone bądź nienależycie rozważone przez Sąd Okręgowy (vide uzasadnienia apelacji), jednakże zarzuty te w przeważającej mierze należy uznać za chybione.

Wbrew zarzutom apelującej Sąd I instancji starannie zebrał materiał dowodowy i szczegółowo go rozważył, oraz ocenił go w sposób nie naruszający zasady swobodnej oceny dowodów, uwzględniając w ramach tejże oceny zasady logiki i wskazania doświadczenia życiowego. Podkreślenia wymaga, iż badania, którym poddano powoda w szpitalu w K. a następnie w R. były badaniami „celowanymi”, zaleconymi w oparciu o pełną informację dotyczącą choroby genetycznej, na którą powód cierpi od dzieciństwa. Oceny wyrażane przez świadka R. J. – poza tym, iż zostały zasadnie pominięte przez Sąd Okręgowy - wynikały z jego doświadczeń zawodowych, ale w rezultacie rokowania te nie miały zastosowania do przypadku powoda, bowiem operacja przebiegła pomyślnie i wystarczyło zastosowanie standardowych procedur. Przy czym zastosowanie tych procedur pozostawało bez związku z wadliwą - niepełną diagnostyką powoda dokonaną w pozwanym Szpitalu. Sprzecznym z dowodami w sprawie, w tym również z zeznaniami świadka R. J., jest twierdzenie powoda, iż „gdyby operacja nie została wykonana ze znacznym opóźnieniem lekarze mogliby od razu dokonać zespolenia klatki piersiowej powoda, nie narażając go na kolejne cierpienia”. Podano bowiem, iż przy tego typu zabiegach standardową procedurą jest niedokonywanie zespolenia klatki piersiowej natychmiast po zabiegu operacyjnym, aby monitorować skuteczność zabiegu i proces gojenia, etc. W przypadku powoda wynik zabiegu był pomyślny, nie doszło do żadnych powikłań ani komplikacji.

Za chybiony należy uznać również zarzut – sformułowany w uzasadnieniu apelacji - pominięcia dowodu z postaci zaświadczenia z 2 czerwca 2010 r. (k. 143) wystawionego przez kardiologa – profesora G.J. – jako istotnego dla merytorycznego rozstrzygnięcia w sprawie. Zaświadczenie to opiera się na tezie pełnego wywiadu dotyczącego stanu zdrowia pacjenta „Jest to oczywiście pierwsza diagnoza, jaka jest podawana w przypadku rodzinnej postaci zespołu Marfana. Wydaje się, iż pacjent przejawiał związany z nią typ morfologiczny, tj. bardzo wysoki wzrost oraz wcześniejsze choroby przebyte w rodzinie – siostra poddawana była u nas badaniom”. W ustalonym stanie faktycznym, tj. wzięwszy pod uwagę stan powoda w chwili dowiezienia go na izbę przyjęć CSK MSW, który skutkowało m.in. standardowymi badaniami na obecność w organizmie powoda środków odurzających, trudno założyć, iż taki wywiad został przeprowadzony. Założenie takie jest nadto sprzeczne z dokumentacją medyczną, który do dowód nie został przez strony zakwestionowany na żadnym etapie postępowania w niniejszej sprawie.

W tym miejscu podkreślenia wymaga, iż z ustaleń Sądu Okręgowego poczynionych przede wszystkim w oparciu o dokumentację medyczną i opinię biegłej, wynika, iż nie sposób stwierdzić - na datę badania powoda w toku postępowania - kiedy doszło do rozwarstwienia aorty, tym samym nie można powiązać marskości prawej nerki z zaniechaniami personelu medycznego CSK MSW w W..

Wobec powyższego, nie sposób jest podważać adekwatności dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń do treści przeprowadzonych dowodów. Zarzuty postawione przez Skarżącego były w istocie sformułowaniem własnych ocen i własną analizą materiału dowodowego.

Za nietrafny należało uznać również zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

Zgodnie z art. 328 § 2 k.p.c. uzasadnienie wyroku powinno przede wszystkim zawierać wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie przedstawienie faktów, które Sąd uznał za udowodnione, dowodów na których się oparł, przyczyn dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Musi tu być wskazany tok rozumowania Sądu i to w taki sposób, żeby można było skontrolować słuszność rozumowania i jego zgodność z materiałem dowodowym. Powinno ono zawierać wyjaśnienie podstawy prawnej zapadłego w sprawie rozstrzygnięcia z przytoczeniem przepisów prawa i wskazywać dlaczego dany pogląd prawny Sąd uznaje za trafny i z jakich powodów, a dlaczego odrzucił inne możliwości zakwalifikowania danego stanu faktycznego w odniesieniu do innego przepisu bądź przepisów. Uzasadnienie wyroku ma dać wyczerpującą i logiczną odpowiedź na pytanie dlaczego właśnie taki, a nie inny wyrok został wydany.

Odnosząc się do zarzutów apelacji w tym zakresie, należy stwierdzić, że treść uzasadnienia Sądu I instancji zasadniczo jest zgodna z normatywnym wzorcem. Podkreślić przy tym należy, że Sąd Odwoławczy jest sądem merytorycznym, co oznacza, że zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. mógłby stanowić podstawę apelacji wyłącznie wówczas, gdy wadliwość uzasadnienia skutkowałaby uznaniem, że nie jest możliwe ustalenie na jego podstawie treści przedmiotu wyrokowania i motywów rozstrzygnięcia, z czym jednak nie mamy do czynienia w niniejszej sprawie (por. SN z 16.10.2009 r., I UK 129/09, LEX 558286 i z dnia 20.09.2008 r., II UK 385/07, LEX 741082). Nawet nieprzytoczenie podstawy prawnej rozstrzygnięcia nie uzasadnia samo przez się podstawy zaskarżenia, jeżeli z uzasadnienia wyroku wynika, że sąd zastosował prawidłowo właściwe przepisy prawne (vide: wyrok SN z 19.01.1957 r., 3 CR 187/56, OSPiKA 1957, z. 2, poz. 36, z glosą M. Lisiewskiego). Wbrew zarzutom apelującego analiza uzasadnienia zaskarżonego wyroku pozwala na odtworzenie motywów, jakimi kierował się Sąd Okręgowy wydając zaskarżony wyrok, oraz jakie poczynił ustalenia faktyczne, stanowiące podstawę zastosowania przepisów prawa materialnego. Nadto, niezależnie od zarzutów apelacji, sąd II instancji jest nie tylko uprawniony, ale również zobowiązany do rozważenia na nowo całego zebranego w sprawie materiału dowodowego i dokonania jego własnej oceny prawnej.

Reasumując, w świetle poczynionych ustaleń i zaprezentowanych rozważań, zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., i 328 § 2 k.p.c. nie mogły odnieść zamierzonego skutku w zakresie zmiany ustalenia, że odpowiedzialność pozwanego związana jest wyłącznie z wydaniem „niepełnej diagnozy”, która szczęśliwie dla powoda nie pociągnęła za sobą daleko idących konsekwencji w stanie zdrowia powoda, oraz nie stanowiła zagrożenia dla jego życia – w świetle całokształtu okoliczności ustalonych i ocenionych post factum. Faktem bezspornym jest bowiem, iż konieczność poddania się przez powoda zabiegom chirurgicznym wiadoma była powodowi na wiele miesięcy wcześniej i nie była związana z zachowaniem pracowników pozwanego w dniu 8 marca 2010 r., a z konsekwencjami choroby genetycznej zdiagnozowanej u powoda w dzieciństwie. Z konsekwencjami tej choroby związana była też konieczność stałej diagnostyki, stałego przyjmowania leków i korzystania z konsultacji lekarskich. Nerozerwalnie z Zespołem Marfana związane były też zabiegi chirurgiczne, którym musiał poddawać się powód, jeśli nie chciał ponosić ryzyka istotnego pogorszenia stanu zdrowia a wręcz ryzyka bezpośredniego zagrożenia życia.

Odnosnie zarzutów apelacji związanych z naruszeniem przez Sąd Okręgowy prawa materialnego, to okazały się one jedynie częściowo skuteczne.

Na wstępie podnieść należy, co nie było podnoszone w apelacji, iż Sąd Okręgowy jako podstawę odpowiedzialności pozwanego wskazał normy zawarte w art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., co bez wątpienia nie znajdowało podstaw w ustaleniach faktycznych Sądu. Jak wynika z załącznika do Zarządzenia Nr 43 Ministra Spaw Wewnętrznych z 8 czerwca 2012 r. (Dz.Urz. MSW 2012, poz. 47 – k. 312 i n. akt sprawy) CSK MSW w W. (...) jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (§ 2). Organem tworzącym Szpital jest minister właściwy do spraw wewnętrznych. Szpital uzyskał osobowość prawną dnia 1 października 1998 r. – z chwilą wpisania do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy (...) (§ 4). Odpowiedzialność pozwanego w niniejszej sprawie winna być więc oceniana w kontekście spełnienia przesłanek z art. 417 § 1 k.c., tj. w szczególności w oderwaniu o zawinięcia personelu pozwanego, a w oparciu o ustalenie bezprawności ewentualnego działania lub zaniechania tegoż personelu i związku tego bezprawnego działania, czy też zaniechania z ewentualną szkodą jaką poniósł powód.

W dalszym ciągu dla oceny zasadności roszczeń powoda koniecznym było ustalenie – poza bezprawnością działania personelu pozwanego, czy doszło do powstania szkody, oraz czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy tą szkodą, a działaniem, czy też zaniechaniem pozwanego. Niewątpliwie ciężar dowodu spoczywał w tym zakresie na powodzie, gdyż to on wywodził skutki prawne z tych faktów.

W kontekście odpowiedzialności z art. 417 k.c., przez „działanie lub zaniechanie niezgodne z prawem” należy rozumieć niezgodność z konstytucyjnie rozumianymi źródłami prawa, czyli Konstytucją, ustawami, ratyfikowanymi umowami międzynarodowymi oraz rozporządzeniami, a ciężar wykazania tej niezgodności spoczywa na poszkodowanym. (...) (vide: wyrok TK z 4 grudnia 2001 r., SK 18/00, OTK z 2001r., Nr 8, poz. 256). Bezprawność jest definiowana również

jako sprzeczność z aktami prawa stanowionego i zasadami współżycia społecznego. (vide uzasadnienie w sprawie SN z 8.01.2002 r., I CKN 581/09, OSNC z 2002 r., nr 10, poz. 128).

Zarówno art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2011r., Nr 277, poz. 1634 ze zm.) jak i zasady współżycia społecznego nakazują przeprowadzanie zabiegów operacyjnych (i innych czynności) z najwyższą starannością wymaganą dla profesjonalistów, zgodnie ze sztuką lekarską, etyką zawodową i aktualną wiedzą medyczną (por. wyrok SN z 15.01.2005 r., II CK 143/04)

Expressis verbis art. 4 cytowanej ustawy stanowi, iż 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 należytą starannością. Natomiast ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2013r., poz. 217 ze zm) w art., 4 definiuje podmioty lecznicze i stosownie do ust. 1 pkt. 3 są nimi także jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W świetle powyższego słusznie ustalił Sąd Okręgowy, iż pominięcie adnotacji gastroenterologa o podejrzeniu Zespołu Marfana i w konsekwencji zaniechanie konsultacji kardiologicznej winno być uznane jako błąd w sztuce lekarskiej, za który to odpowiedzialność deliktową ponosi pozwany CSK MSW w W.. Powyższe stanowisko zasługuje na aprobatę także w świetle wcześniejszego orzecznictwa tutejszego Sądu (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie VI ACa 108/07, Apel.-W-wa 2008/1/91, OSA 2009/5/34-44 w którym uznano, iż błędy diagnostyki i terapii, opieszałość w podejmowaniu czynności i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego).

Samo przyjęcie winy, którą należy utożsamiać z niedołożeniem wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, nie decyduje jeszcze o odpowiedzialności lekarza, jeżeli między jego zachowaniem, a szkodą nie ma związku przyczynowego. Należy podzielić prezentowany w judykaturze pogląd, iż nie wymaga się przy tym, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tego rodzaju procesach jest to najczęściej niemożliwe, ponieważ w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, rzadko o pewności, czy wyłączności przyczyny. Jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo wysokiego stopnia, że działalnie lub zaniechanie lekarza było przyczyną szkody, można uznać związek przyczynowy za ustalony. Za normalne skutki działania i zaniechania uznaje się takie, które zwykle w danych okolicznościach następują. Nie jest przy tym istotne, aby skutek pojawiał się zawsze. Lekarz nie odpowiada za nadzwyczajne, nie do przewidzenia komplikacje oraz za inne, nie pozostające w normalnym związku przyczynowym z jego postępowaniem skutki. Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem lekarzy, a szkodą może być bezpośredni lub pośredni. Nie ma znaczenia, czy przyczyna powstania szkody jest dalsza, czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach "normalności". Oznacza to, że wystarczający jest związek przyczynowy pośredni pomiędzy szkodą, a zdarzeniem (zaniedbaniem lekarza), które doprowadziło do wyrządzenia szkody (vide: wyrok SA w Białymstoku z 7 marca 2013 r. w sprawie I ACa 879/12)

W całej rozciągłości należy zatem podzielić wywód Sądu Okręgowego, iż zarówno urlop dziekański, z którego musiał skorzystać powód, jak i konieczność dalszego leczenia farmakologicznego i korzystania ze specjalistycznych konsultacji nie miał związku z czynnościami podejmowanymi przez personel CSK MSW w dniu 8 marca 2010 r. a z genetyczną chorobą w postaci Zespołu Marfana, na którą cierpi powód. Dodatkowo podnieść należy, iż już aplikując na studia politechniczne powód dostał czasowe aprobowane zaświadczenie lekarskie. A zatem już wówczas z uwagi na wieloletnią chorobę, lekarz wydający zaświadczenie o zdolności do podjęcia studiów widział konieczność monitorowania stanu zdrowia powoda. Wszystko to czyni bezzasadnym zarzut apelacji naruszenia art. 444 k.c., bowiem przesunięcie zabiegu o dwie doby nie spowodowało poniesienia przez powoda dodatkowych kosztów. Podobnie należy ocenić przerwanie studiów, czy też fakt niepodjęcia przez powoda pracy zarobkowej. Przyczyną czasowego przerwania studiów przez powoda była niezwykle inwazyjna operacja, która wiązała się z otwarciem

klatki piersiowej, po której konieczna była stosowna rekonwalescencja. Odnosnie niepodjęcia pracy zawodowej – powód takiej pracy nie wykonywał przed zdarzeniem objętym niniejszą sprawą i wykazał wiarygodnymi środkami dowodowymi, iż miał ją w tamtym okresie podjąć.

Odnosnie naruszenia art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie – należy uznać ten zarzut za częściowo zasadny.

Wymaga podkreślenia, że przepisy k.c. nie zawierają żadnych kryteriów, które należałoby uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego. W konsekwencji, wysokość zadośćuczynienia oceniana jest zawsze przez Sąd ad casu. Nie ulega wątpliwości, że Sąd w trakcie dokonywania takiej oceny powinien mieć na względzie w szczególności rodzaj, natężenie i czas trwania cierpień fizycznych oraz psychicznych poszkodowanego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, LEX 153254). Oczywiście jest także, iż zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny i nie może być symboliczne. Nie może być jednocześnie niewspółmierne do rozmiaru doznanej krzywdy, nie spełnia, bowiem, roli represyjnej w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego za doznaną krzywdę (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2000 r., I CKN 969/98, LEX 50824).

Nadto, Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, iż kryterium oceny stosowanym w sprawach o zadośćuczynienie jest przede wszystkim nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym. Pojęcie krzywdy mieści wszelkie ujemne następstwa uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zarówno w sferze cierpień fizycznych jak i psychicznych (tak Sąd Najwyższy w wyrokach z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 681/98, OSNP nr 16 z 2000 r., s.626 oraz z dnia 11 lipca 2000 r., II CKN 1119/98, LEX 50884). Zważywszy wszystkie te okoliczności, a w szczególności czas trwania cierpień fizycznych związanych z niepełną diagnostyką wykonaną z pozwanym Szpitalem (dwie doby) i ich stopień, a także zakres przyczynienia się do tych cierpień członków personelu pozwanego, zdaniem Sądu kwota 10 000 złotych spełnia w/w funkcje zadośćuczynienia.

Zasadnym jest także zarzut niezastosowania przez Sąd Okręgowy art. 442 (1) § 3 k.p.c., który stanowi, iż w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, aczkolwiek uznanie słuszności tego zarzutu nie przesądza o wadliwości wyroku sądu I instancji, w którym oddalono powództwo o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, powyższe roszczenie K. P., co do zasady, znajduje oparcie w unormowaniu zawartym w art. 189 k.p.c., w myśl którego strona powodowa może żądać ustalenia przez Sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. A zatem, rozstrzygając o zasadności powództwa w tym zakresie należało w pierwszej kolejności zbadać istnienie ustawowego warunku sine qua non – występowanie po stronie powodowej interesu prawnego w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego towarzystwa za szkody mogące powstać w przyszłości.

W świetle art. 189 k.p.c. o interesie prawnym można mówić wtedy, gdy istnieje niepewność stanu prawnego lub prawa. Przy czym wymaga się, by zagrożenie to istniało nie tylko w wyobrażeniu i odczuciu powódki, lecz także obiektywnie (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 22 lipca 2010 r., sygn. akt VI ACa 1472/09). W odniesieniu do stanu faktycznego w niniejszej sprawie trzeba uznać, że okolicznością decydującą o występowaniu interesu prawnego jest brak pewności, a zatem obecność wątpliwości, co do stanu prawnego w kontekście możliwości skutecznego dochodzenia od pozwanego Szpitala roszczenia o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym.

Sąd stanął na stanowisku, iż w obowiązującym porządku prawnym, w razie wyrządzenia szkody na osobie a posiadającej swe źródło w czynie niedozwolonym, przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia (art. 442¹ § 3 k.c.). Istotnym jest, że „dowiedzenie się o szkodzie” należy rozumieć jako powzięcie sprawy z ujemnych następstw zdarzenia, wskazujących na fakt powstania szkody (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 października

2011 r., wydanym w sprawie IV CSK 46/11). Innymi słowy, szkoda, o której mowa w art. 442¹ § 3 k.c. nie musi być umiejscowiona na osi czasu w jednym miejscu z popełnieniem deliktu, lecz dopiero w chwili jej faktycznego wystąpienia.

W konsekwencji, biorąc pod uwagę aktualny stan prawny, na chwilę obecną nie istnieje po stronie powoda interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności pozwanego na przyszłość, gdyż brak rozstrzygnięcia w tym przedmiocie nie pozbawi jej w przyszłości możliwości skutecznego, w rozumieniu art. 117 § 2 k.c., dochodzenia roszczeń mających za podstawę faktyczną hospitalizację powoda w marcu 2010 r. w CSK MSW i jej wpływu dla zdrowia powoda. Podobne stanowisko już wyraził już wcześniej Sąd Apelacyjny w Warszawie, który orzekł, iż brak takiego interesu po stronie powodowej, uzasadniającego wystąpienie przez nią z żądaniem opartym na przepisie art. 189 k.p.c., winien skutkować oddaleniem powództwa (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 września 2005 r., I ACa 200/05).

Zważywszy powyższe, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny orzekł jak w pkt. 1 wyroku – podwyższając zasądzoną na rzecz powoda sumę zadośćuczynienia do 10 000 złotych, w pozostałym zaś zakresie apelację oddalono jako oczywiście bezzasadną.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z art. 102 k.p.c., mając na uwadze przede wszystkim względy natury podmiotowej związane z sytuacją finansową i życiową powoda, który był zwolniony od kosztów sądowych.