

Sygn. akt I ACa 1934/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lipca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Barbara Trębska

Sędziowie: SA Beata Kozłowska

SO del. Tomasz Wojciechowski (spr.)

Protokolant: ref. staż. Michał Strzelczyk

po rozpoznaniu w dniu 9 lipca 2015 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa S. Z., M. Z.

i P. Z.

przeciwko (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W. i Szpitalowi (...) w J. - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej z siedzibą w J.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego Szpitala (...) w J. - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w J.

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 22 sierpnia 2014 r., sygn. akt II C 674/11

- 1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie pierwszym w ten sposób, że oddala powództwo,***
- 2. oddala apelację w pozostałej części,***
- 3. odstępuje od obciążania powodów kosztami postępowania apelacyjnego.***

I ACa 1934/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 18 maja 2011 roku K. Z. wniosła o zasądzenie od (...) S.A. w W. i Szpitala (...) w J. – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w J. in solidum zadośćuczynienia w kwocie 1.000.000,- zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 maja 2010 roku do dnia zapłaty. Roszczenie wywodzone było z wadliwego wykonania operacji plastyki przepukliny brzusznej, podczas której doszło do perforacji jelita, a następnie – wobec dalszego nieprawidłowego leczenia i diagnostyki – do rozlanego zapalenia otrzewnej i wstrząsu septycznego, wskutek czego powódka doznała trwałego uszkodzenia układu nerwowego i w chwili wniesienia pozwu przebywała w zakładzie opiekuńczo-pielęgnacyjnym w stanie wegetatywnym.

K. Z. zmarła 3 dni po wytoczeniu powództwa. Postanowieniem z dnia 1 września 2011 roku Sąd podjął zawieszone wcześniej postępowanie z udziałem po stronie powodowej S. Z., M. Z. i P. Z. jako następców prawnych pierwotnej powódki.

Pozwani (...) S.A. oraz Szpital (...) w J. wnieśli o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 22 sierpnia 2014 roku Sąd Okręgowy w Warszawie, w sprawie prowadzonej pod sygnaturą akt II C 674/11, zasądził od (...) S.A W. i Szpitala (...) w J. na rzecz S. Z., M. Z. i P. Z. kwoty po 70.000,- zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, oddalił powództwo w pozostałym zakresie, nakazał pobrać od pozwanych na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 10.500,- zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, koszty opłaty sądowej od pozwu w pozostałej części przejął na rachunek Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie, zniósł między stronami koszty zastępstwa procesowego, a wydatkami obciążył powodów w częściach równych w wysokości 50% i pozwanych w wysokości 50%, z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi sądowemu.

Orzeczenie to zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne i rozważania:

K. Z. w dniu 17 maja 2010 roku została przyjęta w trybie planowym do Szpitala (...) w J. celem wykonania plastyki olbrzymiej przepukliny brzusznej po przebytej w 2004 roku operacji przepukliny pępkowej. Pacjentka została zbadana przez anestezjologa i zakwalifikowana do znieczulenia ogólnego. Ryzyko operacyjne według anestezjologicznej skali ASA oceniono na II stopień. Po wykonaniu podstawowych badań laboratoryjnych i obrazowych chorą zakwalifikowano do operacji plastycznej przepukliny brzusznej z wszczepieniem siatki najelitowej. W przeszłości K. Z. była trzykrotnie operowana. W 2004 roku przeszła operację plastyki przepukliny pępkowej, w 2006 roku operację żyłaków kończyn dolnych, a w 2009 roku operacyjnie usunięto jej macicę z powodu stwierdzonej mięśniakowości.

Operacja przepukliny brzusznej odbyła się w dniu 18 maja 2010 roku i przebiegła bez powikłań. Wypreparowano duży worek przepuklinowy o średnicy około 20 cm zawierający pozrastane pętle jelitowe. Uwolniono zrosty, a jelita odprowadzono do jamy otrzewnowej. Wrota przepukliny zaopatrzone siatką najelitową obszywając ją do powłok jamy brzusznej od strony jamy otrzewnowej pojedynczymi szwami. Powłoki zamknięto oddzielnie pojedynczymi szwami.

W wyniku operacji wystąpiło jatrogenne, spowodowane przez personel medyczny, uszkodzenie jelita cienkiego. Uszkodzenie było niewielkie i zostało przeoczone śródoperacyjnie. Mikroperforację można przeoczyć, ale nie było to usprawiedliwione stanowiąc niedochowanie należytej staranności operacyjnej. Ponadto w dokumentacji medycznej nie odnotowano kontroli pętli jelitowych po uwolnieniu ze zrostów. Uszkodzenie jelita cienkiego było powodem wystąpienia ropnego zapalenia otrzewnej.

W trzeciej dobie pooperacyjnej 23 maja 2010 roku u pacjentki wystąpiły zaburzenia rytmu serca pod postacią migotania przedsionków. K. Z. przeniesiono na Oddział Kardiologiczny, gdzie podjęto udaną próbę farmakologicznego umiarowania rytmu serca. Nastąpiło pogorszenie ogólnego stanu zdrowia.

W dniu 24 maja 2010 roku wystąpiła duszność o zmiennym nasileniu, spadek ciśnienia tętniczego i bradykardia. Pacjentkę poddano badaniu echokardiograficznemu, które nie wykazało zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego ani powiększenia prawej komory. Lekarz internista wezwał na konsultację chirurga i anestezjologa. Konsultacja anestezjologiczna odbyła się o godzinie 19:30.

O godzinie 20:00 chirurg stwierdził cechy odwodnienia i osłabienia perystaltyki jelit, zlecił nawodnienie, lek pobudzający perystaltykę, lewatywę oraz wykonanie zaleceń anestezjologa.

25 maja 2010 roku o godzinie 01:50 nastąpiło zatrzymanie krążenia. Reanimację rozpoczął personel oddziału kardiologii, a kontynuował przybyły o godzinie 01:50 anestezjolog. Po około 20 minutach uzyskano powrót

akcji serca przy niewydolnym krążeniu wymagającym wspomaganie lekami. Stwierdzony przez anestezjologa stan brzucha wymagał pilnej diagnostyki. Otyłość K. Z., objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej były czynnikiem utrudniającym diagnostykę ostrego schorzenia jamy brzusznej i związanego z tym dalszego postępowania leczniczego. Jednak nie mogły być usprawiedliwieniem dla niezamierzonych uszkodzeń poza obszarem pola operacyjnego.

Istniejące zmiany w mięśniu sercowym, nieujawniające się w czasie normalnego funkcjonowania przed zabiegiem, przy obciążeniach metabolicznych, zaburzeniach jonowych w trakcie rozwijających się powikłań, mogły wywołać napad migotania przedsionków u K. Z.. Bez dodatkowego obciążenia, jakim były następstwa rozwijającego się zapalenia otrzewnej z niedrożnością jelit, do zatrzymania krążenia w tym czasie nie doszłoby. Dlatego też zatrzymanie krążenia z pewnością miało związek z powikłaniami po operacji przepukliny brzusznej. Leczenie kardiologiczne było poprawne i w pełni fachowe.

Mimo, że resuscytacja udała się, to jednak okres, jaki upłynął do wznowienia krążenia mózgowego był tak długi, że u K. Z. wystąpiło ogólne niedotlenienie komórek nerwowych mózgu. Konsekwencją był głęboki niedowład spastyczny czterokończynowy oraz uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Po reanimacji K. Z. była głęboko nieprzytomna, niewydolna oddechowo i podłączona do respiratora. W dalszym postępowaniu diagnostycznym wysunięto podejrzenie perforacji przewodu pokarmowego, co potwierdziło się w trakcie wykonanej w trybie ostrym laparotomii. Wykonane badanie USG wykazało obecność dużej nawrotowej przepukliny brzusznej w linii pośrodkowej brzucha i znaczną ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej. Obraz USG sugerował perforację przewodu pokarmowego.

Po zakwalifikowaniu przez anestezjologa do znieczulenia ogólnego, wykonano w trybie pilnym relaparotomię. Jamę brzuszną otwarto przez ranę pooperacyjną. Stwierdzono w tkance podskórnej obecność powietrza wydobywającego się z jamy otrzewnej. W dolnym biegunie wszytej siatki najelitowej uwidoczono pętlę jelitową przemieszczoną ponad siatkę i uciśniętą. Siatkę w całości usunięto i odessano 2 litry treści jelitowej. Kontrola jelit wykazała obecność perforacji jelita cienkiego, którą zaszyto. Jamę brzuszną zamknięto szwami pojedynczymi, po czym założono dren Redona i opatrunek. Po operacji stan chorej nadal był krytyczny. Wystąpił wstrząs septyczny.

Z uwagi na zły stan zdrowia pacjentka w okresie od 26 maja do 29 czerwca 2010 roku przebywała na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala w J..

W dwudziestej dobie leczenia wykonano zabieg tracheostomii i odłączono chorą od respiratora. Mimo intensywnego leczenia obserwowano stan wegetatywny. K. Z. przeniesiono w dniu 26 czerwca 2010 roku do Oddziału (...) Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala w J., gdzie przebywała do 4 lipca 2010 roku. Z uwagi na pogorszenie się wskaźników wydolności oddechowej K. Z. ponownie umieszczono w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie przebywała do dnia 12 lipca 2010 roku. Po opanowaniu nieprawidłowości, okresowym wentylowaniu z pomocą respiratora, chorą ponownie przekazano do Oddziału (...) Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala, gdzie przebywała w okresie od 12 do 17 lipca 2010 roku.

W dalszym przebiegu wielomiesięcznego, wielospecjalistycznego leczenia uzyskano stabilizację stanu chorej w zakresie ogólnym bez poprawy stanu neurologicznego. Od chwili zatrzymania krążenia stan neurologiczny wskazywał na głębokie uszkodzenie mózgu w przebiegu niedotlenienia. Uszkodzenie to okazało się trwałe. K. Z. pozostawała w stanie wegetatywnym. Miała zachowaną reakcję na ból, ale brak było z nią kontaktu słowno-logicznego. K. Z. nie reagowała w żaden sposób na obecność innych osób. Nie wiadomo czy zdawała sobie sprawę ze stanu, w jakim się znajdowała. Leczenie K. Z. po globalnym niedotlenieniu mózgu było prawidłowe.

W dniu 17 stycznia 2011 roku K. Z. umieszczono w Zakładzie (...) w S. celem zapewnienia jej specjalistycznej opieki. W dniu 21 maja 2011 roku K. Z. zmarła.

Sąd Okręgowy ocenił, że personel medyczny szpitala w J. w sposób niewłaściwy przeprowadził akcję reanimacyjną, na skutek której nastąpiło niedotlenienie mózgu, a co za tym idzie trwałe inwalidztwo K. Z., a ostatecznie jej zgon.

W dokumentacji medycznej bark było zapisów wskazujących, co działo się w poszczególnych odcinkach czasu, jaki był stan ogólny chorej, w tym jej stan świadomości, były bardzo skąpe informacje o monitorowanych parametrach życiowych, takich jak tętno, ciśnienie krwi, saturacja, bilans płynów, diureza godzinowa. Brak było również informacji o podejmowanych działaniach w godzinach od 20.00 w dniu 24 maja 2010 roku do 01.50 dnia kolejnego.

W dniu 24 maja 2010 roku, czyli po pierwszej konsultacji anestezyjologicznej o godzinie 19:30, przy tak niepokojącym stanie pacjentki, pozostawienie jej oraz zlecenie kontroli gazometrycznej za 3,5 godziny było niedopuszczalne. Również błędnie zlecono włączenie tlenoterapii biernej przez maskę twarżową zamiast wykonania próby poprawienia mechaniki oddychania przez fizykoterapię oddechową, a przy bardzo prawdopodobnym braku efektu, podłączenie do respiratora. Nieprawidłowo zlecono zwiększenie podaży płynów dożylnie do 3.500-4.000 ml/dobę, a także podanie F. w dawce 4x10 mg dożylnie.

Już na 6 godzin przed nagłym zatrzymaniem krążenia u K. Z. były wskazania do wdrożenia intensywnej terapii, równoległe z postępowaniem diagnostycznym od strony chirurgicznej. Były także bezwzględne wskazania do prowadzenia diagnostyki i terapii w Oddziale Intensywnej Terapii, a w przypadku braku takiej możliwości specjalista anestezyjolog powinien przejąć nadzór nad prowadzeniem terapii i koordynować działania diagnostyczno-terapeutyczne we współpracy z chirurgiem. Dalsza reanimacja oraz dalsze leczenie chorej w Oddziale Intensywnej Terapii przebiegało zgodnie z zasadami sztuki medycznej.

W chwili operacji z dnia 17 maja 2010 roku K. Z. miała ponad 59 lat. pozostawała w związku małżeńskim z S. Z. od 1973 roku. Małżonkowie mieli dwóch synów: M. Z. i P. Z., którzy w chwili śmierci matki mieli odpowiednio 36 i 35 lat. Jej małżeństwo było zgodne. Utrzymywała kontakt z synami i ich rodzinami. Przed operacją była na emeryturze. Była osobą otyłą, ale mogła samodzielnie poruszać się. Prowadziła gospodarstwo domowe, uprawiała ogródek.

Ustalając stan faktyczny Sąd Okręgowy rozstrzygnął wątpliwości co do znaczenia zawartego w opinii biegłego chirurga sformułowania, iż uszkodzenie było związane z niezachowaniem staranności czy ostrożności operacyjnej ale „niezawinionym”. Sąd pierwszej instancji wskazał, że użyte przez biegłego słowo „niezawinione” rozumieć jako „niezamierzone”, co odnosiło się do uszkodzenia jelita. Wniosek taki wynikał z analizy innych wypowiedzi biegłego.

Dokonując oceny prawnej Sąd Okręgowy zaznaczył, że okolicznością bezsporną w przedmiotowej sprawie była legitymacja bierna obu pozwanych. Wskazał, że podstawy odpowiedzialności pozwanego szpitala za krzywdę, jakiej doznała K. Z. w związku z pogorszeniem się jej stanu zdrowia na skutek niewłaściwego leczenia należało upatrywać w art. 415 k.c. Natomiast odpowiedzialności pozwanego ubezpieczyciela wynika z art. 822 § 1 k.c. Z kolei art. 822 § 4 k.c. daje możliwość uprawnionemu dochodzenia świadczeń bezpośrednio od zakładu ubezpieczeń.

Sporne było natomiast czy personel pozwanego Szpitala w związku z wykonywaną operacją w dniu 17 maja 2010 roku, a także podczas leczenia po operacji, dopuścił się zaniedbań skutkujących pogorszeniem się stanu zdrowia K. Z..

Sąd Okręgowy wskazał że odpowiedzialność cywilna zakładu leczniczego za doznaną przez pacjenta szkodę i krzywdę opiera się na zasadzie winy. Zatem przesłankami odpowiedzialności deliktowej są: szkoda lub krzywda, zawinione działanie lub zaniechanie sprawcy, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony) oraz związek przyczynowy pomiędzy owym działaniem (zaniechaniem) a szkodą. Ubezpieczyciel odpowiada zaś w granicach odpowiedzialności podmiotu, który ubezpiecza. Wina personelu medycznego, najczęściej lekarza, która jest konieczną przesłanką odpowiedzialności cywilnej zakładu leczniczego za wynikłą szkodę, winna odnosić się zatem do wadliwie przeprowadzonego postępowania leczniczego lub innych nieprawidłowości, zaniedbań czy zaniechań popełnionych w trakcie prowadzonego leczenia, których to następstwem jest doznana przez pacjenta szkoda lub krzywda. Sąd Okręgowy podkreślił przy tym, iż określenie winy, o jakiej mowa w art. 415 k.c., dotyczy każdego rodzaju winy, a zatem zarówno umyślnej, jak i nieumyślnej. Każde zaniedbanie, niedołożenie należytej staranności, działanie niezgodne z zasadami sztuki medycznej, wypełnia przesłanki winy nieumyślnej.

Sąd pierwszej instancji uznał, iż strona powodowa, na której spoczywał ciężar wykazania wyżej wymienionych przesłanek odpowiedzialności, zadaniu temu sprostała.

W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, a w szczególności opinie biegłych różnych specjalności, wykazały, iż podczas leczenia K. Z. w pozwanym Szpitalu zostały popełnione błędy skutkujące znacznym pogorszeniem jej stanu zdrowia. Najpierw podczas operacji zespół pozwanego Szpitala z powodu niezachowania należytej staranności dopuścił do powstania i nie zauważył mikroperforacji jelita, co następnie doprowadziło do zapalenia otrzewnej oraz w dalszej konsekwencji spowodowało wstrząs septyczny i sytuację zagrożenia życia. Następnie stan pacjentki nie został należycie rozpoznany, nie wdrożono właściwego leczenia i niewłaściwie przeprowadzone reanimację, na skutek czego nastąpiło niedotlenienie mózgu, konsekwencją czego był głęboki niedowład spastyczny czterokończynowy oraz uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, stan wegetatywny, a w ostateczności jej zgon.

Sąd Okręgowy przytoczył treść art. 444 § 1 k.c., wskazując że w przypadku uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. W wypadkach określonych w art. 444 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 § 1 k.c. Roszczenie o zadośćuczynienie przechodzi na spadkobierców tylko wtedy, gdy zostało uznane na piśmie albo gdy powództwo zostało wytoczone za życia poszkodowanego (art. 445 § 3 k.c.). K. Z. zmarła w 3 dni po wytoczeniu rozpoznawanego powództwa. Jej spadkobiercy wstąpili do procesu, a zgodnie z art. 445 § 3 k.c. przeszło na nich roszczenie K. Z. o zadośćuczynienie.

Sąd pierwszej instancji przytoczył utrwalony w orzecznictwie pogląd, że zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może być symboliczna, lecz musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie wysokość ta nie może być nadmierna w stosunku do doznanego krzywdy.

Sąd Okręgowy ustalił, że K. Z. w wyniku niewłaściwego leczenia w okresie po pierwszej operacji odczuwała zarówno zwykły ból pooperacyjny, jak i zwiększony ból spowodowany procesem zapalnym. Było to cierpienie stosunkowo krótkotrwałe, gdyż po kilku dniach K. Z. straciła świadomość. Przez rok po operacji natomiast K. Z. pozostawała w stanie wegetatywnym, brak było z nią kontaktu słowno-logicznego, nie reagowała w żaden sposób na obecność innych osób. Nie wiadomo, czy zdawała sobie sprawę ze swego stanu. Miała jednak zachowaną reakcję na ból. Sąd pierwszej instancji wziął pod uwagę fakt, że K. Z. cierpiała z powodu swojego stanu zdrowia przez rok, a nie przez długie lata. Jej stan zdrowia był jednak bardzo ciężki, nie miała możliwości prowadzenia normalnego życia, pozostawała w stanie wegetatywnym, a więc zależna od innych osób we wszystkich czynnościach życiowych, bez możliwości komunikowania się ze światem zewnętrznym.

Zdaniem Sądu Okręgowego łączna kwota 210.000,- zł tytułem zadośćuczynienia ma realny kompensacyjny charakter. Dlatego też zasądził ją na rzecz powodów zgodnie z udziałami spadkowymi każdego z nich wynoszącymi po 1/3, czyli po 70.000,- zł.

Sąd pierwszej instancji ocenił, że żądana przez K. Z. kwota 1.000.000,- zł z tytułu zadośćuczynienia jest wygórowana, wykracza bowiem poza wyżej opisany zakres odpowiadający cierpieniom powódki, głównie z powodu zamkniętego przedziału czasowego odczuwanych cierpień, czyli przez okres roku. Zdaniem Sądu, suma przyznana powódce przedstawia ekonomicznie odczuwalną wartość, a jednocześnie nie jest nadmierna w stosunku do doznanego krzywdy.

Rozstrzygając o odsetkach Sąd Okręgowy wskazał, że K. Z. zwróciła się z żądaniem zapłaty do pozwanego Szpitala w dniu 18 maja 2011 roku, natomiast do (...) S.A. w dniu 25 maja 2011 roku. Mając na uwadze charakter zgłoszonego roszczenia, Sąd pierwszej instancji przyjął 30-dniowy termin spełnienia świadczenia i obliczył go od dnia wezwania do zapłaty, czyli od dnia 18 maja 2011 roku konkludując, że termin spełnienia świadczenia upłynął w dniu 17 czerwca 2011 roku.

Sąd Okręgowy zasądził wskazane kwoty in solidum, czyli z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego. Nie dopatrył się podstaw do przyjęcia solidarnej odpowiedzialności pozwanych.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., a o kosztach sądowych na podstawie art. 113 ust. 1 u.k.s.c.

Apelacje od wyroku wnieśli obydwaj pozwani.

Pozwany Szpital zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo oraz rozstrzygającej o kosztach procesu i kosztach sądowych wnosząc o jego zmianę przez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powodów solidarnie zwrotu kosztów procesu, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania do Sądu pierwszej instancji, przy uwzględnieniu kosztów postępowania.

Wyrokowi zarzucił naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 415 k.c. w zw. z art. 6 k.c., przez uznanie, iż powodowie wykazali wszystkie przesłanki odpowiedzialności oraz art. 445 § 2 k.c. i 444 k.c. przez uznanie, iż zasądzone kwoty po 70.000,- zł nie są wygórowane i odpowiadają przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa. Nadto zarzucił naruszenie przepisów prawa procesowego, a mianowicie art. 227 k.p.c. w zw. z art. 278 i 286 k.p.c. przez odmowę dopuszczenia kolejnych opinii biegłych z zakresu chirurgii i anestezjologii i intensywnej terapii, wobec merytorycznych i faktycznych błędów w opiniach biegłych, na podstawie których Sąd Okręgowy wydał swoje rozstrzygnięcie w sprawie, oraz odmowę dopuszczenia opinii biegłego z zakresu hematologii, na potrzebę powołania którego wskazywali biegli w toku postępowania. Z kolei naruszenie art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. miało polegać na uznaniu, iż strona powodowa wskazała wszystkie dowody warunkujące przypisanie odpowiedzialności pozwanemu szpitalowi i wpływające na wysokość roszczenia. Kolejno pozwany zarzucił naruszenie art. 233 k.p.c. przez naruszenie zasad swobodnej oceny zebranego materiału dowodowego i uznanie, iż zgromadzone dowody są wystarczające dla przypisania mu odpowiedzialności oraz naruszenie art. 328 k.p.c. przez brak dostatecznego uzasadnienia, jakie argumenty przemawiają za wiarygodnością uzyskanych opinii biegłych i brakiem potrzeby ich weryfikacji przez innych biegłych tych samych specjalności oraz za brakiem potrzeby dopuszczenia dowodu z opinii biegłego z zakresu hematologii. Skarżący Szpital zarzucił także naruszenie art. 100 k.p.c. przez błędne zastosowanie i niedokonanie rozdzielenia kosztów procesu w proporcji do wyniku sprawy.

Apelacja pozwanego (...) S.A. została odrzucona postanowieniem z dnia 27 listopada 2014 roku, które jest prawomocne.

Powodowie wnosili o oddalenie apelacji pozwanego Szpitala i zasądzenie kosztów procesu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Zaskarżony wyrok podlegał zmianie z uwagi na wygaśnięcie zobowiązania wskutek spełnienia świadczenia przez jednego z pozwanych. Powodowie w odpowiedzi na apelację pozwanego Szpitala wskazali, że (...) S.A. wypłacił im w całości kwoty zasądzone wyrokiem z dnia 22 sierpnia 2014 roku. Okoliczność tę potwierdził ich pełnomocnik podczas rozprawy apelacyjnej. Z uwagi na to, że pozwani zobowiązani byli in solidum, czyli z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego, spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela zwolniło z obowiązku jego spełnienia także pozwany Szpital. Rozpoznając sprawę sąd drugiej instancji stosuje art. 316 § 1 k.p.c. w oparciu o odesłanie wynikające z art. 391 § 1 k.p.c. Uwzględnia zatem stan faktycznych sprawy istniejący w momencie zamknięcia rozprawy apelacyjnej. Z kolei ugruntowany jest pogląd, iż spełnienie świadczenia w toku procesu prowadzi do wygaśnięcia zobowiązania objętego powództwem i konieczności jego oddalenia.

Apelacja pozwanego Szpitala, jakkolwiek doprowadziła do zmiany zaskarżonego orzeczenia, była jednak bezzasadna, gdyż podniesione w niej zarzuty nie zasługiwały na uwzględnienie, a w postępowaniu i orzeczeniu Sądu Okręgowego nie stwierdzono uchybień, które należałoby wziąć pod uwagę z urzędu i które mogłyby prowadzić do wydania rozstrzygnięcia odmiennej treści.

Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje jako własne ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji. Ponadto w przeważającej części aprobuje rozważania prawne zawarte w uzasadnieniu wyroku pierwszej instancji.

W szczególności Sąd Apelacyjny podziela ocenę Sądu pierwszej instancji dotyczącą braku potrzeby prowadzenia dalszego postępowania dowodowego z zastosowaniem opinii kolejnych biegłych.

Pozwany Szpital formułował tu zarzuty idące w dwóch kierunkach.

Po pierwsze wskazywał na potrzebę powołania innych biegłych tych samych specjalności. Było to zupełnie zbędne, gdyż Sąd pierwszej instancji dysponował pełnymi, wszechstronnymi opiniami. Uzyskane opinie odnosiły się do wszystkich zarzutów formułowanych przez strony i to w sposób przekonujący, zatem nie było uzasadnione zasięgnięcie opinii innych biegłych.

Specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej oraz przyjęcia prawidłowych danych wyjściowych. Odwołanie się przez Sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące (np. wyrok Sądu Najwyższego z 7 kwietnia 2005 roku, II CK 572/04). Sąd jedynie gołosłowna polemika oraz dezaprobatą pozwanego Szpitala w stosunku do wniosków biegłych – niekorzystnych z punktu widzenia jego interesów w sprawie – nie mogły stanowić skutecznej podstawy przedmiotowego środka odwoławczego, w szczególności uzasadniającej konieczność prowadzenia dalszego postępowania dowodowego aż do ewentualnego uzyskania pożądanego przez skarżącego wyników tego postępowania. Wnioski środka dowodowego w postaci opinii biegłego mają być jasne, kategoryczne i przekonujące dla Sądu, jako bezstronnego arbitra w sprawie, dlatego jeśli opinia biegłego czyni zadość tym wymogom, co pozwala uznać znaczące dla istoty sprawy okoliczności za wyjaśnione, to nie zachodzi potrzeba dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłych (np. wyrok Sądu Najwyższego z 21 listopada 1974 roku, II CR 638/74). Granicę obowiązku prowadzenia przez Sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, okoliczność zaś, że opinia biegłych nie ma treści odpowiadającej stronie, zwłaszcza gdy w sprawie wypowiedało się kilku kompetentnych pod względem fachowości biegłych, nie stanowi dostatecznego uzasadnienia dla przeprowadzenia dowodu z kolejnych opinii. Potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony (postanowienie Sądu Najwyższego z 3 września 2008 roku, I UK 91/08).

Po drugie skarżący wywodził konieczność dopuszczania dowodu z opinii biegłych innych specjalności. Chodziło o biegłego z zakresu hematologii, który wyjaśniłby jakie znaczenie mogła mieć leukocytoza stwierdzona u zmarłej, w szczególności, czy mogła ona wynikać ze stosowanych leków. W okolicznościach niniejszej sprawy jednak nie miało to najmniejszego znaczenia z uwagi na mechanizmy, w ramach których doszło do uchybień w zakresie staranności lekarzy. Stwierdzenia zgodne ze stanowiskiem Szpitala nie przekreślałyby i nie pozwalałyby na inną interpretację owych uchybień, które zostały w sposób niewątpliwy popełnione. W szczególności nie wpływałoby na zasadność tezy, iż uchybieniem było spowodowanie i niedostrzeżenie perforacji jelita podczas pierwszej operacji, a ponadto, iż nie roztoczono nad chorą właściwej opieki w momencie wystąpienia zaburzeń krążeniowo-oddechowych. Poziom leukocytów we krwi mógł ewentualnie odegrać jakąkolwiek rolę jedynie w diagnostyce zapalenia otrzewnej, co w kontekście stwierdzonych błędów personelu medycznego miało znaczenie drugorzędne. Należy zresztą zauważyć, że za istnieniem zapalenia przemawiały inne objawy wymienione kilkakrotnie przez biegłego J. P..

Również zbędne było dokonywanie dalszych badań materiału sprawy z pomocą biegłego posiadającego wiedzę dotyczącą leczenia osób dotkniętych otyłością, o co skarżący wnosił we wcześniejszej fazie procesu. Z uzyskanych opinii biegłych nie wynika w żaden sposób, by ta przypadłość zmarłej mogła mieć jakiegokolwiek znaczenie dla ich ostatecznych ocen. Należy zwrócić uwagę, że również materiał dowodowy nie wskazuje, by uwzględniali ją lekarze zajmujący się zmarłą w pozwanym Szpitalu i z tego względu modyfikowali swe czynności. W rezultacie z góry można wykluczyć, iż z tego rodzaju opinii wynikać by mogło, że nie doszło do uchybień w procesie leczenia K. Z.. Szczególne elementy stanu zdrowia chorego, choćby otyłość, nie mogą nawet potencjalnie stanowić usprawiedliwienia dla niestaranego

prowadzenia operacji prowadzącego do uszkodzenia jelita, ani do zaniechania niezbędnych czynności w obliczu narastającej niewydolności oddechowo-krażeniowej. Tak też biegły J. P. stwierdził dobitnie, że otyłość winna skłaniać do jeszcze bardziej wnikliwej i starannej obserwacji chorej (k.424) i nie może usprawiedliwiać uszkodzeń poza polem operacyjnym (k.428).

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny pragnie podkreślić, iż ponad wszelką wątpliwość nie doszło w niniejszej sprawie do naruszenia art. 227 k.p.c., 278 k.p.c., 286 k.p.c.

Skarżący zgłosił w apelacji zarzut obrazy art. 233 § 1 k.p.c. Również on nie był jednak zasadny. Przepis ten stanowi, że sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału.

Ocena dowodów dokonana w rozstrzygnięciu sądu korzysta z ochrony przepisu art. 233 § 1 k.p.c., o ile pozostaje w zgodzie z regułami logiki oraz doświadczenia życiowego, które wyznaczają zakres swobody sądu orzekającego w sprawie. Dokonując ustaleń faktycznych sąd musi uwzględnić wszystkie dowody przeprowadzone w postępowaniu i wszechstronnie rozważyć zebrany w sprawie materiał procesowy. W ocenie Sądu Apelacyjnego, orzeczenie Sądu pierwszej instancji wydane zostało w wyniku tak właśnie dokonanej, prawidłowej oceny materiału procesowego, która została dogłębnie i przekonująco przedstawiona w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Zebrane dowody prawidłowo ocenione prowadzą do wniosku, iż nie ulega wątpliwości, że w toku operacji z dnia 18 maja 2010 roku doszło do uchybień w sztuce lekarskiej, które doprowadziły do powstania perforacji jelita cienkiego. W tym miejscu Sąd Apelacyjny pragnie zauważyć, iż biegły z zakresu chirurgii J. P. (2) jednoznacznie wskazał, że podczas leczenia K. Z. doszło do naruszenia zasad sztuki lekarskiej, a dokładnie wymagań staranności, które można postawić każdemu lekarzowi, każdemu chirurgowi, który w takiej sytuacji się znajduje. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji słusznie zinterpretował opinie biegłego wskazując, że były to uchybienia zawinione w sensie prawnym. Ich istnienie nie zostało stwierdzone przez kilka kolejnych dni po operacji.

Z materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy wynika, iż nieprawidłowości wystąpiły następnie w dniu 24 maja 2010 roku, kiedy to miały miejsce ewidentne zaniedbania ze strony personelu szpitala dotyczące głównie opieki anestezyjologicznej. Istotnie przez kilka godzin pacjentka nie była poddana odpowiedniej kontroli medycznej i nie wykonano zaleceń anestezyjologa, a przynajmniej nie wynika to z prowadzonej niestarannie dokumentacji medycznej. W tym miejscu wskazać wypada, że działania wezwanego na konsultacje anestezyjologa również były nieprawidłowe. Wadliwy bowiem był tryb konsultacji z innym bardziej doświadczonym lekarzem w pozwanym Szpitalu. Nieprawidłowości obejmowały także czynności związane ze wspomaganiami oddychania. Biegła anestezyjolog i z zakresu intensywnej terapii H. P. (1) w swojej opinii bardzo dokładnie wyszczególniła te błędy. Biegła ta wskazała na potrzebę podjęcia zupełnie innego działania, bardziej inwazyjnego, łącznie z podłączeniem do respiratora, już kilka godzin przed zatrzymaniem krążenia.

Związek przyczynowy wyżej opisanych uchybień z późniejszym stanem chorej nie budzi wątpliwości wynikając jednoznacznie z opinii biegłych, w tym neurologa. Nie ulega kwestii, że zapalenie otrzewnej wynikało z perforacji jelita, która musiała mieć miejsce podczas pierwszego zabiegu operacyjnego. Zupełnie nieprzekonywujące były uwagi pozwanego Szpitala dotyczące innego mechanizmu powstania stanu, w jakim znalazła się K. Z.. Sugestie te bowiem zostały odparte w sposób przekonujący przez biegłego J. P. (2). Bezsprzecznie personel Szpitala nie opanował powikłań związanych z zaburzeniami krążeniowymi, co w konsekwencji doprowadziło do stanu wegetatywnego K. Z., w którym funkcjonowała około roku aż do swojej śmierci. Powyższe wynika z niekwestionowanej opinii biegłego neurologa psychiatry W. Z..

Kwestionując obecnie opinię biegłego J. P. skarżący wskazał na niedostateczne ustosunkowanie się do jego zastrzeżenia z pkt 3 pisma z 31 stycznia 2013 roku, gdzie odnosił się do interpretacji zapisu o „braku perystaltyki” dokonanego w dokumentacji medycznej. W istocie sporządzając opinię biegły miał odnieść się do zupełnie innych kwestii niż dociekanie co miał na myśli lekarz dokonujący wpisu. Nie sposób również nie stwierdzić, iż w istocie pozwany próbuje tutaj wykreować treść dokumentacji w sposób odpowiadający swym założeniom, a nie rzeczywistym

zapisom. Co znamienne kreacja ta odbywa się bez choćby próby wykazania, co autor zapisu miał na myśli, czemu mogłoby służyć jego przesłuchanie jako świadka – pozwany o to nie wnosił. Kluczowe znaczenie ma przy tym stwierdzenie, iż w sytuacji K. Z. perystaltyka mogła występować niezależnie od niewątpliwego uszkodzenia jelita zaistniałego podczas pierwszej operacji (opinia biegłego J. P. k.425). W konsekwencji obrona tezy pozwanego, także polegająca na podtrzymywaniu zastrzeżenia z punktu 4 powołanego pisma (oddawanie stolca jako dowód perystaltyki, do czego wymieniony biegły też się odniósł – k.425 i 428), iż perystaltykę rzeczywiście trwała, nie prowadzi do wniosku, że nie doszło do uchybień w procedurach medycznych. Biegły do tej kwestii ustosunkował się jednoznacznie i czynienie mu zarzutu, że odnosząc się do kolejnego pisma pozwanego nie powtórzył swych uwag, jest niezasadne. Nadto należy zauważyć, że biegły stwierdził, iż zaburzenia perystaltyki, którym nie sposób zaprzeczyć nawet przy przyjęciu zgodnie z tezą pozwanego, iż zapisy w dokumentacji są nieścisłe, winny być sygnałem do niezwłocznej dalszej diagnostyki (k.424).

Jeśli chodzi o uwagę z punktu 6 powołanego pisma wskazującą na rzekomo niezasadnie stwierdzony przez biegłego ropny charakter treści odessanej z jamy otrzewnej, to nie jest prawdą, iż biegły swej tezy nie uzasadnił – w wyjaśnieniach z 19 listopada 2012 roku stwierdził, że treść jelitowa w jamie otrzewnej była „niewątpliwie zakażona” i ocenił ją jako „ropną” (k.426). Wbrew stanowisku skarżącego biegły odniósł się do jego tezy o uszkodzeniu jelita w toku akcji reanimacyjnej wykluczając taki mechanizm (k.426). Tamże biegły stwierdził, że nie była technicznie możliwa sytuacja sugerowana przez pozwanego – uszkodzenie jelita o brzeg wszytej siatki lub szew ją mocujący. W tym zakresie nie trzeba zresztą opinii biegłego skoro oczywiste jest, że uszkodzenie to powstało i powodowało dalsze negatywne skutki dla stanu zdrowia zanim chora była poddana reanimacji. Również biegły wykluczył możliwość powstania odnotowanych bezspornie w dokumentacji objawów ostrego brzucha w ciągu kilku minut od reanimacji w sytuacji, gdyby uszkodzenie jelita miało miejsce w jej trakcie (k. 426). Takie wyjaśnienia są więcej niż wystarczające.

Wbrew stanowisku apelacji złożone opinie odpowiadają również na uwagi zawarte w punkcie 9 powołanego pisma. I tak w pierwotnej opinii biegły stwierdził, że możliwy jest początkowy brak objawów zapalenia otrzewnej, które po części były zresztą maskowane objawami narastającej niewydolności krążeniowo-oddechowej, a więc odniósł się do akcentowanego przez pozwanego stanu chorej w pierwszych czterech dobach po zabiegu (k.378).

Wbrew stanowisku skarżącego dokonana przez biegłą H. P. (a nie (...) jak napisano w apelacji) krytyka czynności działających w pozwanym Szpitalu anestezjologów nie opierała się wyłącznie na zarzutach formalnych dotyczących etapu odbywanej przez jedną z nich specjalizacji. Biegła wskazała na konkretne uchybienia, których wymienianie w tym miejscu po raz kolejny jest zbędne. Kwestia dostępności miejsc na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w pozwanym Szpitalu także nie ma znaczenia, skoro biegła wymieniła szereg niedociągnięć w opiece medycznej, która powinna i mogła być sprawowana w miejscu, w którym chora wówczas się znajdowała. Od objęcia prawidłową opieką w obliczu problemów krążeniowo-oddechowych nie zwalniał brak miejsc na odpowiednim oddziale i obecnie powoływanie się w tym kontekście na „możliwości organizacyjne” mające jakoby uchylać winę personelu jest – łągodnie mówiąc – nietrafione.

Stwierdzenia skarżącego (k.699), iż biegła w sposób powierzchowny odniosła się do innych jego zastrzeżeń ma charakter subiektywny i czysto oceny pozostając bez znaczenia dla oceny wartości dowodowej opinii. Z kolei stwierdzenie, że pozwany jako „profesjonalista” nie rozumie opinii biegłej jako podstawa do stawiania wątpliwości czy opinia może być miarodajna dla Sądu jest już tylko swoistą i zupełnie nieprzekonującą metodą argumentacji. Rzeczą skarżącego było bowiem wykazanie, że opinia jest nielogiczna, a nie że on jej nie rozumie. Z kolei poziom „profesjonalizmu” pozwanego podlegał weryfikacji w kontekście prawidłowości opieki medycznej nad zmarłą, a nie analizy opinii złożonych w niniejszej sprawie.

Jak w powyższego wynika słusznie opinie biegłych uznano za wiarygodne i przydatne do rozstrzygnięcia. Zarzuty pozwanego opierają się w części na próbach manipulacji zapisami w dokumentacji medycznej, a w części pozostają w sprzeczności ze zwykłą logiką. Opinie biegłych przekonały Sądy obu instancji. Nie jest przy tym konieczne by przekonały również obie strony procesu, zwłaszcza gdy jedna z nich konsekwentnie odrzuca formułowaną argumentację oczekując ciągle by biegły po raz kolejny wyjaśniał kwestie, które zostały już wyczerpane. W istocie

pozwany Szpital w toku niniejszego procesu skupił się na lansowaniu własnej wersji stanu faktycznego starając się eliminować wszystkie elementy, które były z nią sprzeczne – tak same zapisy w dokumentacji medycznej, jak i opinie biegłych, a w razie potrzeby zasady logicznego rozumowania. Taka taktyka procesowa nie mogła być skuteczna i nie zobowiązywała Sądu do poszerzania w nieskończoność postępowania dowodowego w nadziei, że pozwany przekona któraś kolejna opinia kolejnego biegłego.

W rezultacie Sąd Apelacyjny stwierdza, że mechanizmy, które doprowadziły do błędów medycznych popełnionych przez personel pozwanego Szpitala, są precyzyjnie wykazane opiniami biegłych, a co więcej zostały należycie prześledzone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku i w żadnym razie nie można mówić w przedmiotowej sprawie o naruszeniu art. 328 § 2 k.p.c. czy art. 233 § 1 k.p.c.

Nawiązując do zarzucanego naruszenia pierwszego z powołanych przepisów należy jeszcze dodać, że uzasadnienie zaskarżonego wyroku do istotnych dla rozstrzygnięcia zagadnień odnosi się bardzo dokładnie i wyczerpująco. Niezależnie zatem od tego, czy z tezami tam zawartymi można się zgodzić, to jednak nie sposób uznać, że uzasadnienie to nie odpowiada wymaganiom powołanego przepisu. Należy jeszcze zauważyć, że zarzut jego naruszenia o tyle tylko może być skuteczny, o ile uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie pozwala na odtworzenie przebiegu rozumowania sądu, który je wydał i tym samym kontrolę w ramach rozpoznania środka zaskarżenia (np. wyroki Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 30 października 2014 roku, I ACa 503/14, z 6 grudnia 2013 roku, I ACa 764/13, z 3 grudnia 2013 roku, I ACa 715/13). Niewątpliwie tego rodzaju sytuacja w sprawie niniejszej nie występuje. W szczególności Sąd pierwszej instancji rzeczowo wyjaśnił dlaczego pozyskane opinie biegłych uznaje za przekonujące i dlaczego dalsze wnioski dowodowe skarżącego zostały oddalone.

Uzupełniając odnosząc się do pozostałych zarzutów apelacji należy jeszcze zwrócić uwagę na trzy kwestie.

Po pierwsze niezrozumiałą jest zarzut z punktu 2b apelacji dotyczący „uznania, że strona powodowa wskazała wszystkie dowody warunkujące przypisanie odpowiedzialności i wpływające na wysokość roszczenia”. Niewątpliwie zgromadzony materiał dowodowy wbrew stanowisku skarżącego był pod tym względem kompletny. Sąd pierwszej instancji dopuszczał poszczególne dowody realizując wnioski stron i niewątpliwie nie naruszył przepisu dotyczącego prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu. W rezultacie nie wiadomo na czym miałyby polegać „wskazanie dowodów”, o którym mowa w powołanym zarzucie.

Po drugie wbrew stanowisku skarżącego opinia biegłej anestezjolog dobitnie wskazuje jakie uchybienia miały miejsce w momencie wystąpienia zaburzeń krążeniowo-oddechowych i jakie były ich skutki. W konsekwencji ewentualne istnienie błędów „związanych z reanimacją powódki” – jeśli odnosić je wąsko do samej reanimacji – nie ma żadnego znaczenia dla wyniku sprawy. Istotnie samą reanimację biegła oceniła jako prawidłową, co też odnotowano w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Niezależnie od tego znalazło się w tym samym uzasadnieniu stwierdzenie wiążące późniejszy stan zdrowia powódki właśnie z przebiegiem reanimacji. To ostatnie musi być uznane w świetle zebranego materiału za pewne uproszczenie i nieścisłość, co nie zmienia faktu, iż stan ten wynika z błędów personelu pozwanego Szpitala.

Po trzecie podobnie nie ma znaczenia czy błędy personelu pozwanego Szpitala doprowadziły do śmierci K. Z.. Dochodzone roszczenie obejmuje zadośćuczynienie należne wymienionej, a powodowie żądają go jako jej spadkobiercy. Proces nie dotyczył zadośćuczynienia ewentualnie należnego za spowodowanie śmierci osoby najbliższej.

Jeśli chodzi natomiast o kwestie stosowania prawa materialnego, Sąd Apelacyjny z urzędu wskazuje, że odpowiedzialność pozwanego Szpitala wynika z art. 430 k.c. Powołany przepis stanowi, iż ten, 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 przepisie tym chodzi o osoby, którym powierzono wykonywanie określonych zadań i które podlegały nadzorowi. Nie ulega kwestii, co zresztą wynika z utrwalonego orzecznictwa sądowego, że za takie osoby uważani są również lekarze (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2011 r., IV

CSK 308/10). Odpowiedzialność ta opiera się na zasadzie ryzyka, niemniej jednak przy założeniu winy bezpośredniego sprawcy. Prowadzone w niniejszej sprawie postępowanie niewątpliwie wykazało, że te przesłanki były spełnione. Zgromadzony materiał dowodowy jednoznacznie wskazuje, iż doszło do nieprawidłowości w leczeniu K. Z., miały one charakter zawiniony i prowadziły do istotnego pogorszenia się jej stanu zdrowia.

Rozpatrując zagadnienie prawidłowości zastosowania art. 445 k.c. przy oznaczaniu kwoty zadośćuczynienia Sąd Apelacyjny uznał, że w żadnym wypadku nie można było powiedzieć, że zasądzona kwota była nadmierna. Sąd pierwszej instancji prawidłowo sprecyzował jakie czynniki należy brać pod uwagę, a kryteria te odniósł do ustalonego stanu sprawy. Sąd Okręgowy słusznie wskazał na stan zmarłej, w jakim się znajdowała w okresie następującym po zabiegu, na dalsze problemy związane z leczeniem, a przede wszystkim na to, że konsekwencją nieprawidłowej opieki medycznej był stan wegetatywny, bez żadnego kontaktu z otoczeniem, jednak z zachowaniem reakcji na ból. Jest to niezaprzeczalnie niewyobrażalne cierpienie jakiego może doznać człowiek.

Należy jednocześnie zauważyć, że z utrwalonych poglądów orzecznictwa sądowego wynika, że ingerencja w wysokość zasądzonej kwoty zadośćuczynienia dokonywana w ramach kontroli instancyjnej musi być ograniczona do przypadków, w których kwota ta rażąco odbiega od właściwej (np. wyroki Sądu Najwyższego z 9 lipca 1970 roku, III PRN 39/70, z 18 listopada 2004 roku, I CK 219/04, ostatnio wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z 25 marca 2015 roku, I ACa 61/15). Wynika to z niedookreślenia kryteriów wyżej wymienionych oraz pewnej dozy uznaniowości przysługującej sądowi w oznaczaniu wysokości świadczenia, której nie można jednak utożsamiać z dowolnością i prawem do pominięcia jakichkolwiek okoliczności istotnych dla wymiaru zadośćuczynienia stwierdzonych w sprawie (np. wyroki Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 18 września 2014 roku, I ACa 398/14, oraz Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 27 marca 2015 roku, VI ACa 878/14).

Jednocześnie w ocenie Sądu Apelacyjnego pozostawanie K. Z. w stanie wegetatywnym, bez kontaktu z otoczeniem, nie mogło przekreślać jej prawa do otrzymania słusznego zadośćuczynienia. Istotnie jego funkcją jest danie satysfakcji w związku z doznany naruszeniem dobra osobistego, w tym przypadku zdrowia. Założeniem jest możliwość odczuwania tej satysfakcji. Jednak ochrona opiera się tutaj nie tylko na subiektywnych odczuciach krzywdy oraz skuteczności skutków przedsięwziętych dla jej usunięcia, lecz i na ocenie obiektywnej. Jest to założenie właściwe dla całego systemu ochrony dóbr osobistych bazującego na uznaniu podmiotowości i integralności każdego człowieka, niezależnie od jego wieku i stanu zdrowia. Ochrona ta nie jest przecież wyłączona w przypadku osób niezdolnych do odczuwania krzywdy z uwagi na stopień rozwoju, co dotyczy niekiedy dzieci, którym krzywdę wyrządzono już przy porodzie, a nawet wcześniej, czy stan psychiczny, a więc osób chorych psychicznie, czy niesprawnych w tym zakresie z innych przyczyn, jak pierwotna powódka w niniejszej sprawie.

Wbrew stanowisku skarżącego Sąd Okręgowy ustalił zakres winy jego personelu. Brak podstaw do uznania, iż nie uwzględnił go przy określeniu wysokości zadośćuczynienia. Nie miał natomiast znaczenia w tym zakresie status majątkowy zmarłej. Ferowane obecnie rozstrzygnięcia nie wskazują na potrzebę uwzględniania tego kryterium. Istotnie w tym kierunku wypowiedziano się w przeszłości, jednak i wówczas były to wypowiedzi odosobnione. Należy zatem uwzględniać raczej ogólną sytuację społeczno-gospodarczą, a nie stan majątkowy i dochody pokrzywdzonego. Zupełnie pozbawiona znaczenia jest natomiast okoliczność, iż powodowie są spadkobiercami pokrzywdzonej, a więc zresztą też nie „osobami trzecimi”, jak to ujął skarżący. Nie mogła ona wpłynąć na rozmiar zasądzanego świadczenia, gdyż nie chodziło o naprawienie doznanej przez nich krzywdy, lecz uszczerbku zmarłej.

W kontekście niniejszej sprawy należy stwierdzić, iż ustalona przez Sąd Okręgowy kwota zadośćuczynienia z pewnością nie była zawyżona, a tym bardziej zawyżona w takim zakresie, iż uzasadniałoby to jej obniżenie w uwzględnieniu apelacji pozwanego. Innymi słowy nie doszło do naruszenia art. 445 § 1 k.c. również w tym aspekcie.

Na koniec wskazać należy, że nie można Sądowi Okręgowy zarzucić obrazy przepisów postępowania jeśli chodzi o rozstrzygnięcie o kosztach stron. Sąd pierwszej instancji orzekł w tym zakresie prawidłowo. Niewątpliwie niniejsza sprawa była sprawą o zapłatę, niemniej jednak słusznie zwrócono uwagę, że jedną rzeczą jest kwestia ustalenia zasady odpowiedzialności, a drugą rozmiaru roszczenia, który szczególnie tutaj zależał od oceny Sądu,

a nie zobiektywizowanych wyliczeń. W konsekwencji rozliczenie kosztów procesu wcale nie musiało polegać na arytmetycznym zestawieniu zasądzonej kwoty z kwotą dochodzoną, gdyż w tym momencie umykałoby kluczowe znaczenie problemu zasady samego roszczenia. Dlatego też Sąd pierwszej instancji prawidłowo uczynił znosząc koszty postępowania. Nieistotne przy tym jest czy odstępując od obciążenia powodów kosztami procesu zrobił to w ramach mechanizmu wynikającego z art. 100 k.p.c., czy też opierając się na art. 102 k.p.c. Niezależnie od zastosowania któregośkolwiek z wymienionych przepisów rezultat byłby ciągle ten sam.

Reasumując, rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego było prawidłowe, jednak wskutek zmiany stanu faktycznego na etapie postępowania apelacyjnego musiało zostać zmienione i w konsekwencji Sąd Apelacyjny, uwzględniając nową okoliczność w postaci zaspokojenia roszczenia zmienił zaskarżony wyrok w zakresie rozstrzygającym merytorycznie, a co do reszty, czyli orzeczeń o kosztach procesu i kosztach sądowych, apelację oddalił. Jeśli bowiem chodzi o te właśnie rozstrzygnięcia poboczne, to nawet zmiana stanu faktycznego nie uchybia ich aktualności. Nawet bowiem całkowite oddalenie powództwa nie oznacza, iż roszczenie było niezasadne, a pozwani winni być wolni od obowiązku ponoszenia kosztów związanych z procesem.

Z tych przyczyn, na podstawie art. 386 § 1 i 385 k.p.c., orzeczono jak w sentencji. Jeżeli chodzi o koszty postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny stosownie do art. 102 w zw. z 391 § 1 k.p.c. odstąpił od obciążania nimi powodów, gdyż nie ulega wątpliwości, że powodowie przez cały proces występowali ze słusznym żądaniem, a oddalenie powództwa wynika wyłącznie z jego zaspokojenia w toku postępowania.