

Sygn. akt I ACa 1434/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 sierpnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Beata Kozłowska (spr.)

Sędziowie: SA Katarzyna Polańska - Farion

SO (del.) Dagmara Olczak-Dąbrowska

Protokolant: sekretarz sądowy Marta Puszkarska

po rozpoznaniu w dniu 3 sierpnia 2016 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa P. K.

przeciwko Województwie (...) i (...) spółce akcyjnej z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie, odszkodowanie, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 20 kwietnia 2015 r., sygn. akt I C 988/12

I. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie czwartym częściowo w ten sposób, że zasądza od Województwa (...) i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz P. K. tytułem zadośćuczynienia kwotę 60 000 zł (sześćdziesiąt tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 7 marca 2013 r. do dnia zapłaty, przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego;

- w punkcie trzecim w ten tylko sposób, że ustala, iż powód ponosi 44 % kosztów procesu, a pozwani 56 % tych kosztów;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

II. znosi wzajemnie między stronami koszty procesu w postępowaniu apelacyjnym;

III. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Warszawie tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych:

- od Województwa (...) i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 3 000 (trzy tysiące złotych), przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego;

- od P. K. z zasądzzonego na jego rzecz świadczenia kwotę 3000 zł (trzy tysiące złotych).

Dagmara Olczak-Dąbrowska Beata Kozłowska Katarzyna Polańska - Farion

UZASADNIENIE

Powód P. K. pozwem z dnia 8 listopada 2012 r., skierowanym przeciwko Województwu (...) oraz (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., domagał się:

1. zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz kwoty 180 000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwany odpisu pozwu do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
2. zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz kwoty 25 250,88 zł tytułem odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwany odpisu pozwu do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
3. zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz renty z tytułu częściowej utraty zdolności do pracy w kwocie 1 200 zł płatnej miesięcznie począwszy od dnia 1 października 2012 r. do 10-tego dnia każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w wypadku uchybienia płatności którejkolwiek z rat z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego;
4. ustalenia, że pozwani będą odpowiedzialni za dalsze szkody, które mogą ujawnić się u powoda w przyszłości jako następstwa przebiegu leczenia w Centrum (...) im. prof. M. W. (...) Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w K. (dalej: Centrum);
5. zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz – od każdego z osobna – kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych.

Pozwany (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu.

Pozwane Województwo (...), będące następcą prawnym Centrum (...) im. prof. M. W. (...) Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w K., zwanego dalej jako Centrum w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz zwrot kosztów postępowania.

Pismem procesowym z dnia 28 lipca 2014 r. powód cofnął ze zrzeczeniem się roszczenia pozwu o rentę za okres od kwietnia 2013 r. do lipca 2014 r. (włącznie) oraz cofnął bez zrzeczenia się roszczenia pozwu o rentę za okresy przypadające po lipcu 2014 r. W konsekwencji sprecyzowała żądanie pozwu w punkcie 3. w ten sposób, że domagała się zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz skapitalizowanej renty z tytułu utraty zdolności do pracy w okresie od października 2012 r. do marca 2013 r. (włącznie) w kwocie 7.200 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia następnego po dniu doręczenia pozwany odpisu pozwu do dnia zapłaty z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego.

Pismem procesowym z dnia 4 lutego 2015 r. strona pozwana nie wyraziła zgody na cofnięcie pozwu w zakresie renty za okresy przypadające po lipcu 2014 r. – bez zrzeczenia się roszczenia.

Wyrokiem z dnia 20 kwietnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Warszawie:

- I. **umarzył postępowanie w zakresie żądania renty za okres od kwietnia 2013 r. do lipca 2014 r.;**
- II. **zasądził in solidum od Województwa (...) i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz P. K. tytułem zadośćuczynienia kwotę 60 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 marca 2013 r. do dnia zapłaty;**

III. zasądził in solidum od Województwa (...) i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz P. K. tytułem odszkodowania kwotę 3 914,96 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 marca 2013 r. do dnia zapłaty;

IV. oddalił w pozostałym zakresie powództwo o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę;

V. oddalił w całości powództwo o ustalenie;

VI. rozstrzygnął, że P. K. ponosi koszty procesu w 71%, a Województwo (...) i (...) Spółka Akcyjna w W. in solidum w 29%, przy czym pozostawił szczegółowe wyliczenie tych kosztów po uprawomocnieniu się wyroku referendarzowi sądowemu.

Swe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i ocenach prawnych:

W dniu 27 czerwca 2010 r. P. K., jadąc motocyklem, uległ wypadkowi komunikacyjnemu. W związku z doznanymi obrażeniami został on przewieziony do Centrum, gdzie rozpoznano u niego dwukostkowe złamanie lewego podudzia z podwichnięciem stawu skokowego lewego, towarzyszące rany oraz zniekształcenie więzozrostu piszczelowo-strzałkowego.

W dniu 28 czerwca 2010 r. P. K. poddany został leczeniu operacyjnemu w postaci repozycji i zespolenia złamania drutem K., dwoma śrubami kostkowymi z podkładcami oraz zespolenia więzozrostu śrubą kostkową z podkładką. Następnie złamaną kończynę unieruchomiono przy pomocy opatrunku gipsowego. Wobec niestwierdzenia niepokojących objawów ani powikłań, w dniu 30 czerwca 2010 r. podjęto próby pionizacji P. K. przy użyciu kul łokciowych i tego samego dnia został on wypisany do domu z dalszymi zaleceniami.

W dniu 31 sierpnia 2010 r. usunięto P. K. zespolenie, tj. śrubę kaniulowaną z więzozrostu strzałkowo-piszczelowego lewego. Następnie ponownie założono opatrunek gipsowy i z zaleceniami nieobciążania złamanej nogi oraz używania kul łokciowych tego samego dnia wypisano go do domu.

P. K. systematycznie stawiał się na wizytach kontrolnych w Centrum. Podczas jednej z takich wizyt, w dniu 22 września 2010 r., zdjęto mu opatrunek gipsowy i wykonano kontrolne zdjęcie RTG, w wyniku którego lekarze Centrum zauważyli istniejące od wypadku przednie podwichnięcie stawu. W dniu 4 października 2010 r., podczas kolejnej konsultacji, zalecono P. K. chodzenie przy użyciu jednej kuli łokciowej.

W dniu 8 listopada 2010 r. rozpoznano u P. K. deficyt wyprostowania stawu skokowego lewego i ślad zrostu kości strzałkowej. Celem wyleczenia zwichnięcia przedniego stawu skokowego zalecono mu stosowanie korków o długości 1-2 cm pod piętę.

Ze względu na brak jakichkolwiek postępów leczenia, odczuwany ból i problemy z poruszaniem się, P. K. podjął decyzję o odbyciu konsultacji w Centrum Medycznym (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.. W wyniku konsultacji, w dniu 3 stycznia 2011 r., rozpoznano u niego podwichnięcie stawu do przodu wraz ze zrostem złamania i zalecono mu leczenie operacyjne polegające na otwarciu złamania, usunięciu zrostów zespołań oraz prawidłowym nastawieniu zwichnięcia i stabilizacji.

W dniu 17 stycznia 2011 r. w Centrum zakwalifikowano P. K. do operacyjnego usunięcia zespolenia ze stawu skokowego lewego. W dniu 18 lutego 2011 r. usunięto mu dwie śruby gąbczaste z podkładcami i drut Kirschnera z kostki bocznej. Następnie nie odnotowano żadnych powikłań, ani niepokojących zmian i z zaleceniami oszczędzania dolnej kończyny w dniu 19 lutego 2011 r. wypisano go do domu.

W dniu 4 marca 2011 r. w Szpitalu (...) w W. (dalej: Szpital) rozpoznano u P. K. artrozę pourazową stawu skokowego lewego i zakwalifikowano go do operacyjnego usztywnienia zewnętrznego.

W dniu 13 maja 2011 r., podczas konsultacji w Szpitalu, stwierdzono w ranie wysięk surowiczo-ropny, z którego pobrano posiew do badania bakteriologicznego. Dopiero po zastosowanej kuracji antybiotykowej, w dniu 27 maja 2011 r., uznano, że rana została wygojona.

W dniu 7 września 2011 r. w Szpitalu wykonano u P. K. otwartą repozycję z dopasowaniem powierzchni kostnych i założono stabilizator zewnętrzny (system pierścieniowo-prętowy typu Ilizarowa) na podudzie lewe z ujęciem stopy. Z zaleceniami poruszania się o kulach i obciążania operowanej kończyny, rehabilitacji oraz dbania o czystość aparatu Ilizarowa, w dniu 12 września 2011 r. został on wypisany do domu.

W dniu 15 grudnia 2011 r. usunięto P. K. aparat Ilizarowa oraz z zaleceniami dalszego chodzenia o kulach i stosowania ćwiczeń wypisano go do domu.

W dniu 7 lutego 2012 r. w badaniu USG stwierdzono u P. K. usztywnienie w stawie i brak możliwości wykonywania ruchów w zgięciu w stawie skokowym górnym.

Na kilka dni przez wypadkiem komunikacyjnym P. K. rozpoczął pracę na podstawie umowy o pracę jako sprzedawca za miesięcznym wynagrodzeniem około 1.200 zł. Zawarta umowa wygasła po upływie roku z uwagi na upływ czasu. Wskutek natomiast przedmiotowego zdarzenia, powód od dnia 28 czerwca 2010 r. do grudnia 2011 r. przebywał na zwolnieniu lekarskim. Z kolei w okresie od dnia 23 sierpnia 2010 r. do dnia 25 grudnia 2010 r. pobierał zasiłek chorobowy, a w okresie od dnia 26 grudnia 2010 r. do dnia 20 grudnia 2011 r. świadczenie rehabilitacyjne. Natomiast od dnia 21 grudnia 2011 r. do końca września 2012 r. pobierał rentę. Wysokość przedmiotowych świadczeń kształtowała się w przedziale od 604 zł do ponad 1.070 zł miesięcznie, przy czym w okresie pobierania renty, tj. od dnia 21 grudnia 2011 r. do końca września 2012 r., uzyskane przez P. K. świadczenia wyniosły łącznie 8 104,89 zł.

W związku z nieprawidłowym leczeniem w Centrum P. K. musiał podjąć dalsze, długotrwałe leczenie, z którym wiązały się wydatki na konsultację ortopedyczną w Centrum Medycznym (...) w W. w dniu 3 stycznia 2011 r. w kwocie 150 zł, konsultację ortopedyczną w przychodni (...) -system Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. w dniu 1 marca 2011 r. w kwocie 110 zł, badanie USG ortopedyczne w Spółdzielni Pracy (...) im. prof. W. Z. w W. w dniu 7 lutego 2012 r. w kwocie 150 zł, dojazdy taksówką na leczenie w 2011 r. w łącznej kwocie 201,90 zł, a także zakup leków w 2011 r. w łącznej kwocie 207,95 zł.

Aktualnie P. K. nie wymaga rehabilitacji, wystarczające jest noszenie przez niego butów ortopedycznych. Niemniej jednak utrzymuje się u niego całkowite zeszywnienie stawu skokowego górnego w pozycji niekorzystnej oraz końskie ustawienie stopy. Powód ma problemy z poruszaniem się, a jakkolwiek większy wysiłek fizyczny wywołuje u niego dolegliwości bólowe. Mimo powyższego, P. K. jest obecnie zdolny do wykonywania zawodu kierowcy, aczkolwiek jest to utrudnione. Celem zwiększenia ruchomości stawu skokowego powoda, możliwe jest przeprowadzenie u niego zabiegu wszczepienia endoprotezy, którego koszt może wynieść około 20.000 zł. Jednakże z uwagi na ewentualne komplikacje oraz konieczność przechodzenia okresowych zabiegów naprawczych, aktualnie P. K. nie rozważa poddania się takiej operacji.

Sporządzający w niniejszej sprawie opinię biegły sądowy chirurg-ortopeda R. L. wskazał, że wstępna diagnoza istniejącego uszkodzenia podudzia i stawu skokowego lewego u P. K. dokonana w dniu 27 czerwca 2010 r. w Centrum była prawidłowa. Zabieg operacyjny odnośnie złamanych kostek i uszkodzonego więzozrostu był prawidłowy, natomiast nie odprowadzono zwichnięcia przedniego kości skokowej.

Zabieg dokonywano pod kontrolą monitora RTG-TV, a patologiczne przemieszczenie kości skokowej musiało być widoczne, lecz zostało przeoczone. Na RTG wykonanym w dniu 14 lipca 2010 r. w projekcji bocznej było bardzo dobrze widoczne podwichnięcie kości skokowej ku przodowi na odległość 12 mm, tj. przed usunięciem śruby okolicy więzozrostu, które dokonano w dniu 31 sierpnia 2010 r., a z dokumentacji znajdującej się w aktach wynika, że rozpoznania podwichnięcia w stawie skokowym dokonano dopiero w dniu 27 września 2010 r., tj. 3 miesiące po operacji.

Przeprowadzony zabieg operacyjny w dniu 28 czerwca 2010 r. i następowe unieruchomienie gipsowe stawu skokowego nie było prawidłowe, ponieważ nie usunięto istniejącego zwichnięcia przedniego kości skokowej w obrębie stawu. Następstwem nieprawidłowości leczenia jest usztywnienie stawu skokowego lewego, co znacznie upośledza sprawność kończyny, utrudniając pracę kierowcy.

Podjęcie w dniu 9 marca 2011 r. decyzji o zakończeniu leczenia nie było trafne. Leczenie ortopedyczne powoda trwało do 2012 r.

W ocenie opiniującego biegłego, gdyby podczas wykonywania zabiegu operacyjnego w dniu 29 czerwca 2010 r. dokonano repozycji zwichnięcia i jego prawidłowego utrzymania, wówczas czasokresy leczenia i cierpienia byłyby krótsze. Dodatkowo, gdyby dokonano wcześniej pełnej repozycji zwichnięcia, wówczas z dużą dozą prawdopodobieństwa nie doszłoby do wtórnych zmian destrukcyjnych chrząstki stawowej i zaburzeń statyki, co spowodowało konieczność usztywnienia stawu skokowego.

Przebyte zwichnięcia doprowadziło do powstania zmian degeneracyjnych chrząstki stawowej i jedną ze skutecznych metod leczenia, zwłaszcza u ludzi młodych, jest doprowadzenie do trwałego zeszczywnienia stawu skokowego górnego, co przywraca możliwość chodzenia. Uzyskanie pierwotnej pełnej sprawności stawu skokowego z zachowaniem jego ruchomości u powoda jest jednak mało prawdopodobne.

Choroba i leczenie powoda w okresie od czerwca 2010 r. do lutego 2012 r. wiązały się z dolegliwościami – znacznego stopnia przez około 6 miesięcy, miernego stopnia przez około 6 miesięcy, a poboлевania, zwłaszcza podczas przeciążania kończyny i zmian pogody, mogą istnieć nadal.

U powoda można wszczepić sztuczny staw skokowy, który może przywrócić dość znacznie ruchomość stawu. Jednak odległe wyniki nie są zadawalające, a nadto zmuszają do okresowych zabiegów naprawczych. Koszty leczenia natomiast, jakie poniósł powód, były zasadne.

Aktualnie trwały uszczerbek na zdrowiu powoda kształtuje się na poziomie 40 %. Tego typu uszkodzenia leczone prawidłowo mogą powodować trwały uszczerbek na zdrowiu sięgający 20 %, wobec czego nieprawidłowe leczenie powoda zwiększyło uszczerbek o 20 % oraz znacznie przedłużyło czasokres leczenia. Proces leczenia został bowiem przedłużony od 6-8 miesięcy do roku.

Z kolei sporządzający opinię biegli sądowi psychiatra R. W. i psycholog P. B. stwierdzili, że P. K. na skutek urazu i procesu leczenia przeżywał długotrwałe zaburzenia adaptacyjne przejawiające się przede wszystkim dyskomfortem psychicznym, związanym z niemożnością swobodnego poruszania się, realizowania dotychczasowych aktywności, koniecznością korzystania z opieki osób trzecich. Powodowi w okresie leczenia towarzyszyło poczucie niepełnosprawności, obniżonej samooceny, co skutkowało wycofaniem społecznym, lękiem przed przyszłością, czy obawami dotyczącymi zdolności zarobkowania, a w konsekwencji również obniżeniem podstawowego nastroju.

Informacja o zakończeniu procesu leczenia, przy jednoczesnej świadomości znacznej niekorzystnej i nadal utrzymującej się zamiany w zakresie ruchomości kończyny, przyczyniała się do utrzymywania się wymienionych powyżej objawów, głównie lęku dotyczącego przyszłości, obaw o funkcjonowanie w obszarze zawodowym i prywatnym oraz obniżenie podstawowego nastroju.

Z kolei informacja uzyskana w Szpitalu (...) co do konieczności dalszego leczenia, w tym leczenia operacyjnego, mogła korzystnie wpłynąć na samopoczucie P. K., dając nadzieję na poprawę w zakresie sprawności ruchowej. Powód przed przedmiotowym zdarzeniem był aktywny fizycznie, uprawiał sporty, był w pełni sprawny. Dla młodego, samodzielnego, aktywnego zawodowo mężczyzny sprawność fizyczna jest niezwykle ważna. Powód w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych, kryzysowych wykorzystuje dojrzałe mechanizmy obronne, mobilizujące system emocjonalno-motywacyjny, co skutkuje przyjmowaniem postawy zadaniowej, ukierunkowanej na osiągnięcie założonych celów, bez względu na pojawiające się trudności.

Świadomość niepełnej sprawności wynikającej ze zdarzenia i procesu leczenia miała niekorzystny wpływ na samoocenę i poczucie własnej wartości powoda i gorszą ocenę życiowych perspektyw. Obecnie powód jest stosunkowo dobrze zaadaptowany do nowej sytuacji. W trakcie leczenia zdobyła dwa nowe, ważne uprawnienia potrzebne do pracy, kompetentnie w pełni realizuje zadania własnej firmy, dużo pracuje. Niemniej jednak powód ma świadomość, że ograniczenia ruchowe mają niekorzystny wpływ na dynamikę rozwoju jego działalności, ale przede wszystkim, iż jego sprawność ruchowa w przyszłości może się pogarszać. Pogorszenie się sprawności fizycznej powoda z dużym prawdopodobieństwem będzie miało również niekorzystny wpływ na jego stan psychiczny, gdyż realizowanie się w obszarze zawodowym dla powoda stanowi podstawę, na której buduje on własny wizerunek i samoocenę.

Konsekwencje przedmiotowego zdarzenia i procesu leczenia miały niekorzystny wpływ na funkcjonowanie P. K. w obszarze zawodowym (niemożność wykonywania dotychczasowej pracy), materialno-bytowym (okresowa niezdolność do zarabkowania, utrata dochodów), osobistym (ograniczenia w dotychczasowej aktywności, obniżenie własnej samooceny), społecznym (wycofanie, poczucie wstydu w interakcjach, unikanie interakcji).

Objawy wynikające ze zmiany trybu życia w związku z częściową utratą sprawności przyczyniły się do wykreowania i utrzymywania objawów opisanych powyżej. Mimo częściowego przystosowania się do nowej sytuacji i pozornie dobrego radzenia sobie, powód funkcjonuje w stanie wewnętrznego napięcia emocjonalnego wynikającego z obaw o przyszłość. Poświęcanie się właściwie w pełni pracy zawodowej jest dla powoda rodzajem przystosowawczej strategii radzenia sobie, polegającej na zapewnianiu sobie poczucia kontroli i wpływu na własne życie.

Obecnie nie ma podstaw do rozpoznania u powoda objawów psychicznych, które spełniałyby kryteria dla rozpoznania zespołu stresu pourazowego, zaburzeń nastroju o typie depresyjnym, zaburzeń nerwicowych czy zaburzeń osobowości. Przejawia natomiast objawy lękowe (dotyczące głównie obawy o stan zdrowia w przyszłości, obawy o kontuzję) o niewielkim nasileniu, niewpływające obecnie w sposób istotny na jego bieżące funkcjonowanie. Jego stan psychiczny jest ściśle zależny od jego sprawności motorycznej i w sytuacji powikłań lub pogorszenia się tej sprawności w przyszłości, może również dochodzić do pogorszenia stanu psychicznego.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że powyższy stan faktyczny ustalił na podstawie dokumentów, jak również zeznań przesłuchanego w charakterze strony powoda P. K., a także zeznań przesłuchanych w sprawie świadków. Depozycje P. K. w ocenie Sądu Okręgowego jawiły się jako szczerze, pełne, rzeczowe i spontaniczne. Powód dokładnie scharakteryzował przebieg swojego leczenia oraz aktualny stan zdrowia pozostający w związku z leczeniem podjętym w Centrum. Sąd nie znalazł zatem podstaw ku temu, by kwestionować wiarygodność jego zeznań. Nie zostały one także skutecznie podważone przez stronę pozwaną. Z kolei zeznaniom świadków również należało w całości przyznać przymiot wiarygodności. Świadkowie B. K. (2) i A. K. (1) bowiem w sposób szczegółowy opisywali stan zdrowia powoda po przebytych leczeniu w Centrum, występujące ograniczenia oraz utrudnienia, z jakimi spotyka się P. K. w codziennym funkcjonowaniu, a także konieczność udzielania jemu pomocy przez osoby trzecie. Z kolei świadkowie O. S. i W. M., mimo że nie pamiętali sprawy P. K., co zupełnie zrozumiałe z uwagi na rodzaj wykonywanych przez nich czynności, niemniej jednak w oparciu o zgromadzoną dokumentację medyczną wskazywali na okoliczności towarzyszące przeprowadzonemu zabiegowi operacyjnemu i jego prawidłowości. Dodatkowo zeznania wszystkich świadków były spójne wewnętrznie i korespondowały ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym w postaci dokumentów, a nadto ich treść była zgodna z twierdzeniami powoda wyrażonymi w toku jego przesłuchania w trakcie rozprawy.

Ponadto Sąd Okręgowy podzielił w całej rozciągłości wnikliwie i szczegółowe opinie biegłych sądowych, których ostatecznie żadna ze stron nie kwestionowała. Opinie te bowiem zostały sporządzone przez kompetentne osoby, posiadające odpowiednią wiedzę z zakresu będącego ich przedmiotem, a nadto zostały wydane po przeprowadzeniu badań charakterystycznych dla ich przedmiotu, a zatem na podstawie analizy akt sprawy, w tym dokumentacji medycznej, oraz po przeprowadzeniu bezpośrednich badań powoda. Zastosowane metody były bardzo szczegółowe i potrafiły konkretnie określić stan zdrowia P. K., zarówno przed, jak i po operacji. Przedmiotowe opinie odpowiadały

wymaganiom określonym w Kodeksie postępowania cywilnego, a nadto nie zachodziły żadne powody osłabiające zaufanie do wiedzy, kompetencji, doświadczenia czy bezstronności sporządzających je biegłych.

Sąd Okręgowy uznał, że powództwo było uzasadnione i jako takie podlegało częściowemu uwzględnieniu.

Zgodnie z treścią art. 415 k.c., kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia. Przesłanki odpowiedzialności deliktowej w świetle przywołanego przepisu stanowią zatem wina, szkoda oraz związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zdarzeniem sprawczym wywołującym szkodę a tą szkodą.

Kodeks cywilny przyjął dualistyczną koncepcję winy polegającą na tym, że wina łączy w sobie element obiektywny, tj. niezgodność działania sprawcy z określonymi regułami postępowania, czyli każde zachowanie niewłaściwe, a więc niezgodne bądź z przepisami prawa przedmiotowego lub też – w stosunku do lekarza oraz personelu medycznego – naruszenie obowiązujących reguł wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii zawodowej lub zachowania się sprzecznego z powszechnie obowiązującymi zasadami współżycia. Bezprawność zaniechania ma miejsce wówczas, gdy istniał obowiązek działania, występował zakaz zaniechania lub też zakaz spowodowania skutku, który przez zaniechanie mógłby być spowodowany. Element subiektywny winy wyraża się w niewłaściwym nastawieniu psychicznym sprawcy szkody (w postaci umyślności lub nieumyślności) i może – w zakresie dotyczącym techniki medycznej – wyrażać się w niewiedzy lekarza (personelu medycznego), nieostrożności w postępowaniu, nieuwadze bądź też niedbalstwie polegającym na niedołożeniu pewnej miary staranności. Zachowanie lekarzy czy też personelu medycznego musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez wskazane podmioty. Obowiązkiem całego personelu Centrum jest dołożenie należytej staranności w leczeniu każdego pacjenta. Konstrukcja ta pozwala zerwać personalną więź między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub któryś z pracowników pozwanego. Tym samym wina zostaje odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu określonej struktury organizacyjnej. Przypisanie takiej winy wymaga zatem określenia standardu poprawnego działania takiej struktury, który będzie miernikiem staranności, jakiej należy wymagać stosownie do treści art. 355 k.c. i porównaniu z tym standardem działań, które rzeczywiście miały miejsce.

Zgłoszone przez stronę powodową żądanie należało zatem zbadać w kontekście zaistnienia błędów medycznych. Błąd medyczny w prawie cywilnym rozumiany jest wąsko, mianowicie jako postępowanie sprzeczne z zasadami wiedzy i nauki medycznej w zakresie dla lekarza dostępnym. Na lekarzu (personelu medycznym) spoczywa bowiem szczególnie obowiązek dochowania należytej staranności i powszechnie obowiązujących reguł postępowania według aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej. Sformułowanie „w zakresie dla lekarza dostępnym” wyznacza granicę odpowiedzialności z uwagi na możliwość przewidzenia błędu lub zapobieżenie mu, gdyż pomimo dużego postępu medycyny w wielu sferach nauka ta pozostaje w dalszym ciągu bezsilna. Podnosi się, że obowiązująca wiedza medyczna powinna być oceniana na dzień nastąpienia błędu, w żadnym wypadku – na dzień wyrokowania, ponieważ możliwa jest sytuacja, w której w okresie między wystąpieniem błędu medycznego a wyrokowaniem powstały nowe rozwiązania, które mogłyby zapobiec powstaniu błędu. Błąd medyczny jest więc kategorią obiektywną, niezależną od indywidualnych cech czy zdolności konkretnego lekarza (personelu medycznego) i od okoliczności, w jakich udziela świadczeń zdrowotnych. Ujęcie to odpowiada tendencjom panującym powszechnie w nauce i orzecznictwie innych państw Europy i świata, które wyłączają z zakresu błędu medycznego zaniedbania oraz uchybienia lekarza (personelu medycznego) nie dotyczące sfery fachowej: diagnozy i terapii, lecz mające charakter pomyłek, błędów lub innego rodzaju niedociągnięć o charakterze technicznym bądź organizacyjnym, prowadzących do powstania u pacjenta szkody. W piśmiennictwie prawniczym i medycznym wprowadza się różne podziały i klasyfikacje błędów lekarskich. Sąd Najwyższy, oceniając na tle poszczególnych stanów faktycznych kwestię cywilnej odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu odwołuje się do trzech typów (kategorii) błędu, wyróżnionych w oparciu o kryterium czynności, w związku z podjęciem których dochodzi do błędu medycznego. Wyliczyć zatem należy błąd rozpoznania (tzw. diagnostyczny), błąd prognozy (rokowania) oraz błąd w leczeniu (terapeutyczny).

Stwierdzić jednak należy, że ustalenie winy lekarza (personelu medycznego) w procesie diagnostycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Opinią biegłych Sąd nie jest co prawda związany w zakresie zastrzeżonym do wyłącznej kompetencji Sądu, mianowicie co do oceny, czy zachowanie lekarza (personelu medycznego) było obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Jeżeli zachowanie lekarza (personelu medycznego) odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza (personelu medycznego), przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza (personelu medycznego) należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza (personelu medycznego) może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej.

Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nienarażenia pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród nich mieści się działanie zgodne ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., sygn. akt V CSK 287/09, LEX nr 786561).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, Sąd Okręgowy w oparciu o opinię biegłego sądowego chirurga-ortopedy stwierdził, iż na RTG wykonanym w dniu 14 lipca 2010 r. w projekcji bocznej było bardzo dobrze widoczne podwichnięcie kości skokowej ku przodowi na odległość 12 mm, tj. przed usunięciem śruby okolicy więzozrostu, które dokonano w dniu 31 sierpnia 2010 r., a z dokumentacji znajdującej się w aktach wynika, że rozpoznania podwichnięcia w stawie skokowym dokonano dopiero w dniu 27 września 2010 r., tj. 3 miesiące po operacji. Wobec powyższego, przeprowadzony zabieg operacyjny w dniu 28 czerwca 2010 r. i następowe unieruchomienie gipsowe stawu skokowego nie było prawidłowe, ponieważ nie usunięto istniejącego zwichnięcia przedniego kości skokowej w obrębie stawu. Następstwem nieprawidłowości leczenia jest usztywnienie stawu skokowego lewego, co znacznie upośledza sprawność kończyny, utrudniając pracę kierowcy. Nadto, gdyby podczas wykonywania zabiegu operacyjnego w dniu 29 czerwca 2010 r. dokonano repozycji zwichnięcia i jego prawidłowego utrzymania, wówczas czasokresy leczenia i cierpienia byłyby krótsze. Dodatkowo, gdyby dokonano wcześniej pełnej repozycji zwichnięcia, wówczas z dużą dozą prawdopodobieństwa nie doszłoby do wtórnych zmian destrukcyjnych chrząstki stawowej i zaburzeń statyki, co spowodowało konieczność usztywnienia stawu skokowego.

W przedmiotowej sprawie ciężące na pozwanych zobowiązanie jest zobowiązaniem in solidum.

Zgodnie z treścią art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w art. 444 k.c., tj. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ustalenie wysokości zadośćuczynienia przewidzianego w art. 445 § 1 k.c. wymaga uwzględnienia wszystkich okoliczności istotnych dla określenia rozmiaru doznanej krzywdy, takich jak wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpecenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa oraz inne czynniki podobnej natury (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2007 r., sygn. akt V CSK 245/07, LEX nr 369691).

Adekwatnym, w ocenie Sądu meriti, zadośćuczynieniem dla powoda P. K. będzie kwota w łącznej wysokości 60.000 zł. Tym samym, zdaniem Sądu należało stronie powodowej przyznać globalną kwotę tytułem zadośćuczynienia, która obejmuje zarówno błąd rozpoznania popełniony przez Centrum, jak również następstwa tego błędu szczegółowo

wskazywane przez P. K., a mianowicie błąd terapeutyczny, naruszenie prawa do informacji, brak właściwej zgody na udzielenie świadczeń medycznych, naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a także niezachowanie należytej staranności w świadczeniu usług medycznych.

Powód po zakończeniu leczenia w Centrum załamał się, gdyż zdał sobie sprawę, że jego kończyna nigdy nie wróci do dawnej sprawności. Mimo stosowania się do zaleceń lekarzy, w dalszym ciągu odczuwał on ból związany z chodzeniem. Dodatkowo stan zdrowia powoda utrudniał jego codzienne funkcjonowanie, a nadto powód musiał zrezygnować z jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Aktualnie jednak P. K. nie wymaga rehabilitacji, wystarczające jest noszenie przez niego butów ortopedycznych. Niemniej utrzymuje się u niego całkowite zeszywnienie stawu skokowego górnego w pozycji niekorzystnej oraz końskie ustawienie stopy. Powód ma problemy z poruszaniem się, a jakikolwiek większy wysiłek fizyczny wywołuje u niego dolegliwości bólowe. Mimo powyższego, P. K. jest obecnie zdolny do wykonywania zawodu kierowcy. Skutki błędów pracowników Centrum zatem znacznie ograniczyły stronę powodową w życiu osobistym i codziennych czynnościach.

Oceniając zgłoszone roszczenie o zadośćuczynienie Sąd miał na uwadze, iż celem zadośćuczynienia jest naprawienie szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Dlatego też, ustalając kwotę zadośćuczynienia należy mieć na uwadze rozmiar cierpień związanych z zaistnieniem zdarzenia, jak i dolegliwości bólowe powstałe w następstwie urazu oraz długotrwałego leczenia. Wśród innych okoliczności wpływających na wysokość zadośćuczynienia znajduje się wymóg ustalenia go w rozsądnych granicach, adekwatnych do aktualnych stosunków majątkowych, albowiem jego celem jest pokrycie szkody majątkowej, a nie wzbogacenie poszkodowanego.

Niewątpliwie rozmiar cierpień, zarówno fizycznych jak i psychicznych, doznanych przez powoda jest duży. Na skutek urazu i procesu leczenia przeżywał on długotrwałe zaburzenia adaptacyjne przejawiające się przede wszystkim dyskomfortem psychicznym, związanym z niemożnością swobodnego poruszania się, realizowania dotychczasowych aktywności, koniecznością korzystania z opieki osób trzecich. Powodowi w okresie leczenia towarzyszyło poczucie niepełnosprawności, obniżonej samooceny, co skutkowało wycofaniem społecznym, lękiem przed przyszłością, czy obawami dotyczącymi zdolności zarobkowania, a w konsekwencji również obniżeniem podstawowego nastroju. Konsekwencje przedmiotowego zdarzenia i procesu leczenia miały niekorzystny wpływ na funkcjonowanie P. K. w obszarze zawodowym (niemożność wykonywania dotychczasowej pracy), materialno-bytowym (okresowa niezdolność do zarobkowania, utrata dochodów), osobistym (ograniczenia w dotychczasowej aktywności, obniżenie własnej samooceny), społecznym (wycofanie, poczucie wstydu w interakcjach, unikanie interakcji). Jednakże obecnie nie ma podstaw do rozpoznania u powoda objawów psychicznych, które spełniałyby kryteria dla rozpoznania zespołu stresu pourazowego, zaburzeń nastroju o typie depresyjnym, zaburzeń nerwicowych czy zaburzeń osobowości.

Wszystkie te okoliczności zdaniem Sądu przemawiały za zasądzeniem od pozwanych in solidum na rzecz powoda kwoty 60 000 zł tytułem zadośćuczynienia. Kwota ta bowiem w ocenie Sądu odpowiada doznanej krzywdzie – przeprowadzane zabiegi operacyjne cechował duży stopień ingerencji w organizm powoda, a która wymagała po tych zabiegach dalszej rekonwalescencji i usprawniania. Natomiast łączna kwota zadośćuczynienia, tj. 60 000 zł, w pełni zdaniem Sądu Okręgowego zaspokaja roszczenie strony powodowej. Kwota ta bowiem odpowiada rozmiarowi i intensywności negatywnych doznań P. K. spowodowanych zawinionym działaniem personelu medycznego, uwzględnia skutki zdarzenia w jego obecnym życiu i nie prowadzi do nieuzasadnionego wzbogacenia powoda. Tym samym, żądanie przekraczające wskazaną kwotę, jako nieuzasadnione, podlegało oddaleniu.

Natomiast stosownie do dyspozycji art. 444 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia. Odszkodowanie przewidziane w art. 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki (koszty) pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe.

W niniejszej sprawie powód domagał się zasądzenia od pozwanych in solidum na swoją rzecz kwoty 25 250,88 zł tytułem odszkodowania. Motywując żądanie w zakresie zasądzenia odszkodowania P. K. wskazał, iż tytułem poniesione wydatki domaga się kwoty 819,85 zł, tytułem kosztów potrzebne na przyszłe leczenie domaga się kwoty 17 000 zł, a tytułem utraconych zarobki domaga się kwoty 7 431,03 zł.

Ponoszone przez P. K. wydatki w przeszłości, a wynikające z rachunków i faktur, które zostały załączone do akt niniejszej sprawy, były celowe i zasadne z punktu widzenia ortopedycznego, co potwierdził biegły sądowy w sporządzonej opinii. W związku z nieprawidłowym leczeniem w Centrum P. K. bowiem musiał podjąć dalsze, długotrwałe leczenie, z którym wiązały się wydatki w łącznej wysokości 819,85 zł.

Z kolei jako nieuzasadnione jawiło się żądanie powoda w zakresie wyłożenia odpowiedniej sumy na endoprotezę stawu skokowego. Jakkolwiek zgodzić się należy z twierdzeniami biegłego sądowego R. L., iż celem zwiększenia ruchomości stawu skokowego powoda, możliwe jest przeprowadzenie u niego zabiegu wszczepienia endoprotezy, którego koszt może wynieść około 20 000 zł, jednakże z uwagi na ewentualne komplikacje oraz konieczność przechodzenia okresowych zabiegów naprawczych, aktualnie P. K. nie rozważa poddania się takiej operacji, stąd żądanie przyznania odpowiedniej kwoty w tym zakresie nie było uzasadnione.

Natomiast odnośnie zasadności roszczenia odszkodowawczego z tytułu utraconych zarobków, Sąd meriti uznał, że jedynie za okres od końca grudnia 2011 r. do września 2012 r. należy się stronie powodowej kwota odszkodowania w wysokości 3 095,11 zł.

Zdaniem Sądu Okręgowego powód utraciłby zarobki za okres wcześniejszy nawet wówczas, gdyby leczenie podjęte w Centrum okazało się prawidłowe. Jak wskazywał biegły sądowy chirurg-ortopeda, proces leczenia został przedłużony od 6-8 miesięcy do roku, stąd jedynie za ostatni objęty sporządzonym przez powoda wykazem okres (k. 38-39), tj. od końca grudnia 2011 r. do września 2012 r., należało przyznać odszkodowanie za utracony zarobek. Kwota utraconego wynagrodzenia zaś obliczona została przez P. K., co zresztą nie było kwestionowane w toku procesu przez stronę pozwaną, jako różnica między wynagrodzeniem, jakiego spodziewał się powód na podstawie umowy o pracę i otrzymywanymi świadczeniami rentowymi. Uwzględniając powyższe, Sąd Okręgowy za zasadne uznał zasądzić od pozwanych in solidum na rzecz powoda kwotę 3 914,96 zł (819,85 zł + 3.095,11 zł) tytułem odszkodowania. Tym samym, żądanie przekraczające wskazaną kwotę jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu.

Odstępki ustawowe od zasądzonych kwot tytułem zadośćuczynienia oraz odszkodowania przyznane zostały od dnia następującego po upływie trzydziestodniowego terminu, liczonego od dnia otrzymania przez pozwanych zawiadomienia o szkodzie.

Odnośnie roszczenia o rentę Sąd Okręgowy wskazał, że w myśl art. 444 § 2 k.c., jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Renta z art. 444 § 2 k.c. ma zaś charakter kompensacyjny, stanowi formę naprawienia szkody. Nie jest to renta o charakterze socjalnym, a jej dochodzenie związane jest z ustaleniem szkody, pozostającej w adekwatnym związku przyczynowym ze zdarzeniem sprawczym. Celem renty jest naprawienie szkody, co nie oznacza, że może pokrywać tylko te wydatki, które poszkodowany rzeczywiście poniósł. Dla jej zasądzenia wystarcza bowiem samo istnienie zwiększonych potrzeb, bez względu na to, czy pokrzywdzony poniósł koszt ich pokrycia.

Zwiększenie się potrzeb poszkodowanego stanowi zatem szkodę przyszłą, wyrażającą się w stale powtarzających się wydatkach na ich zaspokojenie.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy, a także mając na względzie, iż ostatecznie powód domagał się zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz skapitalizowanej renty z tytułu utraty zdolności do pracy w okresie od października 2012 r. do marca 2013 r. (włącznie) w kwocie 7 200 zł, Sąd Okręgowy uznał, że nie sposób obciążać pozwanych tym, że P. K. w okresie, w którym nie miał pracy, a jednocześnie nie był już niezdolnym do pracy,

nie uzyskiwał jakichkolwiek dochodów. Na szczególne uwypuklenie zasługuje fakt, iż dopiero na kilka dni (dokładnie 6 dni) przez zaistniałym wypadkiem komunikacyjnym P. K. rozpoczął pracę na podstawie umowy o pracę jako sprzedawca za miesięcznym wynagrodzeniem około 1.200 zł. Zawarta umowa wygasła jednak po upływie roku z uwagi na upływ czasu. Powód natomiast nie wykazał zarówno tego, że przed podjęciem pracy w charakterze sprzedawcy świadczył inne prace, jak również tego, iż po wypadku zachowana została ciągłość pracy. Uwzględniając powyższe, z uwagi na cofnięcie pozwu w zakresie żądania renty za okres od kwietnia 2013 r. do lipca 2014 r., postępowanie zostało na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. umorzone, a w pozostałym zakresie, tj. w zakresie żądania renty za okres od października 2012 r. do marca 2013 r. (włącznie), jako nieuzasadnione powództwo zostało oddalone.

Sąd Okręgowy nie uwzględnił żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanych za dalsze szkody, które mogą ujawnić się u powoda P. K. w przyszłości jako następstwa przebiegu leczenia w Centrum z uwagi na brak interesu prawnego.

Rozstrzygnięcie natomiast w przedmiocie kosztów procesu Sąd oparł na podstawie art. 108 § 1 zd. 2 k.p.c. i rozstrzygnął, że P. K. ponosi koszty procesu w 71 %, a Województwo (...) i (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. in solidum w 29 %, przy czym pozostawił szczegółowe wyliczenie tych kosztów po uprawomocnieniu się wyroku referendarzowi sądowemu.

Apelację od tego wyroku wniósł powód.

Zaskarżając wyrok w części, tj. pkt. IV w zakresie w jakim Sąd oddalił powództwo o zadośćuczynienie przekraczające kwotę 60 000 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 7 marca 2013 r. do dnia zapłaty oraz pkt. VI w zakresie, w jakim Sąd rozdzielił koszty procesu stosunkowo, zamiast obciążyć tymi kosztami w całości pozwanych, zarzucił:

1/ naruszenie przepisów postępowania:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niedokonanie wszechstronnego rozważenia okoliczności sprawy wynikających z zebranego materiału dowodowego, który Sąd w całości uznał za miarodajny, a w konsekwencji dokonanie niepełnych ustaleń w przedmiocie rozmiaru krzywdy powoda, co skutkowało zasądzeniem na rzecz powoda P. K. rażąco zaniżonego zadośćuczynienia.
- art. 100 zd. 2 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i stosunkowe rozdzielenie między stronami kosztów procesu, w sytuacji, gdy powództwo zostało co do zasady uwzględnione, a określenie wysokości należnego powodowi roszczenia zależało w znacznej części od oceny Sądu;
- art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych poprzez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony, przemawiający za odstąpieniem od obciążenia powoda kosztami sądowymi;

2..naruszenie przepisów prawa materialnego:

- art. 445 § 1 k.c. poprzez rażące zaniżenie należnego powodowi P. K. zadośćuczynienia za spowodowanie uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia - co nastąpiło w wyniku niedostatecznego rozważenia rozmiaru krzywdy powoda z tym związanej;
- art. 448 k.c. w zw. z art. 4 § 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez ich niezastosowanie i uznanie, że krzywda powoda związana z niewłaściwym leczeniem oraz spowodowaniem uszczerbku na zdrowiu jest niejako tożsama z krzywdą związaną z naruszeniem praw powoda jako pacjenta. Powyższe doprowadziło do zasądzenia przez Sąd zadośćuczynienia za obie krzywdy wyłącznie z art. 445 kc., podczas gdy zawinione naruszenie praw powoda jako pacjenta wymagało osobnego zasądzenia zadośćuczynienia z art. 448 k.c. - mającego odrębny charakter.

Podnosząc te zarzuty powód wniósł zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez zasądzenie na rzecz powoda P. K. od pozwanych in solidum Województwa (...) i (...) S.A. z siedzibą w W. dodatkowo kwoty 120 000 zł, przy czym kwoty 90 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia (art. 445 § 1 k.c.) - wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 7 marca 2013 roku do dnia zapłaty oraz kwoty 30 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z zawinionym naruszeniem praw powoda jako pacjenta (art. 448 k.c. w związku z art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) - wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 7 marca 2013 roku do dnia zapłaty.

Powód zażądał też nałożenia na pozwanych obowiązku zwrotu wszystkich kosztów i zasądzenie na rzecz powoda P. K. od pozwanych kosztów postępowania i zasądzenia na rzecz powoda P. K. od pozwanych kosztów postępowania apelacyjnego, względnie uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy w tej części do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, wraz z pozostawieniem temu Sądowi orzeczenia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Pozwani w złożonych odpowiedziach na apelację wnieśli o oddalenie apelacji powoda.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda zasługuje na częściowe uwzględnienie.

Powód w pozwie domagał się zasądzenia na jego rzecz od pozwanych kwoty 150 000 zł tytułem zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z uszczerbkiem na zdrowiu oraz kwoty 30 000 zł za krzywdę w związku z zawinionym naruszeniem jego praw, jako pacjenta. Co do zasady zgodzić się należy z powodem, iż roszczenie o zadośćuczynienie przewidziane w art. 445 § 1 k.c. oraz roszczenie o zadośćuczynienie będące następstwem zawinionego naruszenia praw pacjenta, mają odrębny charakter. Przepisy art. 445 § 1 k.c. i art. 448 k.c. w związku z art. 4 § 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określają zasady odpowiedzialności za odrębne czyny bezprawne, gdyż odmienny jest przedmiot ochrony prawnej każdego z nich. We wskazywanym w apelacji wyroku z dnia 29 maja 2007 r. o sygn. V CSK 76/07 Sąd Najwyższy wyjaśnił, że art. 445 § 1 k.c. rekompensuje skutki uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast art. 19a u.z.o.z. chroni godność, prywatność i autonomię pacjenta, niezależnie od staranności i skuteczności zabiegu leczniczego. Artykuł 19a u.z.o.z. służy tylko osobie będącej pacjentem, ale zasięg jego oddziaływania wykracza poza sferę deliktową i mieści się również w sferze kontraktowej. Uznanie niezależności obu roszczeń, określających odpowiedzialność za oddzielne czyny bezprawne, wyklucza ponadto uznanie art. 19a u.z.o.z. za przepis szczególny wobec regulacji kodeksowych. Ten pogląd Sądu Najwyższego zachowuje aktualność na gruncie aktualnie obowiązującej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Nie ma jednak racji powód twierdząc, że Sąd Okręgowy dopuścił się naruszenia art. 448 k.c. w zw. z art. 4 § 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta poprzez ich niezastosowanie i uznanie, że krzywda powoda związana z niewłaściwym leczeniem oraz spowodowaniem uszczerbku na zdrowiu jest niejako tożsama z krzywdą związaną z naruszeniem praw powoda jako pacjenta. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy nader lakonicznie, ale wskazał, że kwota 60 000 zł zadośćuczynienia obejmuje zadośćuczynienie za błąd rozpoznania popełniony przez Centrum, jak również za następstwa tego błędu szczegółowo wskazywane przez P. K., a w ramach tych konsekwencji wskazał na błąd terapeutyczny, naruszenie prawa do informacji, brak właściwej zgody na udzielenie świadczeń medycznych, naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a także niezachowanie należytej staranności w świadczeniu usług medycznych. Takie stanowisko Sądu Okręgowego świadczy o tym, że Sąd Okręgowy uwzględnił roszczenia powoda o zadośćuczynienie z obydwu tytułów, nie wyjaśnił jedynie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, jaką konkretnie kwotę uznaje za stosowną kwotę zadośćuczynienia z tytułu doznanego uszczerbku na zdrowiu, a jaką z tytułu naruszenia praw powoda, jako pacjenta. Nie oznacza to jednakże, że krzywda powoda związana z niewłaściwym leczeniem i doznany uszczerbkiem na zdrowiu oraz krzywda związana z naruszeniem praw powoda jako pacjenta, zostały utożsamione.

Powód w swej apelacji, podnosząc zarzuty naruszenia prawa procesowego, jak i materialnego, zakwestionował wysokość zadośćuczynienia ustalonego przez Sąd Okręgowy. Powód wskazał, że jest ona rażąco zaniżona skutek naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niedokonanie wszechstronnego rozważenia okoliczności sprawy wynikających z zebranego materiału dowodowego. Zdaniem powoda stosowną kwotą zadośćuczynienia za krzywdę doznaną w związku z uszkodzeniem ciała i rozstrojem zdrowia, dochodzoną w oparciu o art. 445 § 1 k.c., jest kwota 150 000 zł. W związku z tym powód zażądał zmiany zaskarżonego wyroku i zasądzenia z tego tytułu dalszej kwoty 90 000 zł. Zdaniem Sądu Apelacyjnego zarzuty apelacji powoda zasługują na częściowe uwzględnienie. Trafnie wskazał Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że dla oszacowania krzywdy, która podlega kompensacie w oparciu o art. 445 § 1 k.c. miarodajne są takie okoliczności, jak wiek poszkodowanego, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i czas trwania, nieodwracalność następstw uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia (kalectwo, oszpeccenie), rodzaj wykonywanej pracy, szanse na przyszłość, poczucie nieprzydatności społecznej, bezradność życiowa oraz inne czynniki podobnej natury. Sąd Okręgowy trafnie zatem określił katalog okoliczności mający znaczenie dla oceny zakresu krzywdy powoda. Zdaniem Sądu Apelacyjnego co do zasady poczynił również prawidłowe ustalenia co do zakresu krzywdy doznanej przez powoda, jednakże ustalił kwotę zadośćuczynienia na zbyt niskim poziomie. Trzeba bowiem zauważyć, że powód w chwili podjęcia leczenia doznanego urazu był człowiekiem stosunkowo młodym – miał 32 lata. Wcześniej był sobą aktywną, uprawiał różne sporty. Niewątpliwie konsekwencje wadliwego leczenia w postaci sztywności stawu skokowego i końskie ustawienie stopy obecnie bardzo ograniczają powoda w dotychczasowych aktywnościach. Obecnie powód musi unikać wysiłku fizycznego, bowiem większy wysiłek fizyczny powoduje dolegliwości bólowe. Powód ma znacznie ograniczone możliwości uprawiania sportu. Konwencji wadliwego leczenia w postaci sztywności stawu skokowego i końskie ustawienie stopy ograniczają również powoda w działalności zawodowej. Z opinii biegłego ortopedy R. L. jednoznacznie wynika, że sztywność stawu skokowego utrudnia powodowi poruszanie się i wykonywanie zawodu kierowcy. W związku z nieprawidłowym leczeniem w Centrum powód P. K. musiał podjąć dalsze, długotrwałe leczenie. Leczenie powoda, na skutek uchybień, jakich dopuszczono się w tej placówce, zostało wydłużone o 6-8 miesięcy. Intensywność bólu odczuwanego przez powoda przez długi okres była duża, przez powód poddawany był w związku ze zbyt późnym rozpoznaniem podwichnięcia stawu skokowego kilku zabiegom. Zdaniem Sądu Apelacyjnego istotną okolicznością, której nie można pomijać przy ustalaniu należnego powodowi zadośćuczynienia, jest to, że konsekwencje uchybień, do których doszło podczas leczenia powoda, nieodwracalne. Z opinii biegłego R. L. wynika, iż sztywność stawu skokowego nie cofnie się. Jedyną metodą poprawy ruchomości tego stawu jest wstawienie endoprotezy stawu skokowego, ale również endoproteza nie przywróci powodowi takiego stanu zdrowia, w jakim pozostawałby, gdyby nie błędy, jakich dopuszczono się w Centrum. Mając na uwadze te okoliczności uznać należy, iż zakres krzywdy doznanej przez powoda jest więc znaczny.

Nie można jednak zgodzić się z argumentami apelacji, że w obecnym stanie zdrowia powód nie może wykonywać prac domowych. Z pewnością sztywność stawu skokowego ogranicza powoda w życiu codziennym, ale nie można zgodzić się z twierdzeniami, iż musi on być wyręczany przy pracach domowych przez ojca. W tym zakresie zeznania brata powoda – A. K. (2), zdaniem Sądu Apelacyjnego, nie zasługują na wiarę. Co więcej, z opinii biegłego L. wynika, że powód nie wymaga rehabilitacji. Biegły nie wskazał również, poza ograniczeniami w chodzeniu i utrudnieniu w prowadzeniu pojazdów, które nie mają automatycznej skrzyni biegów, na poważne utrudnienia w życiu codziennym, jakich powód doznaje na skutek sztywności stawu skokowego. Doznany uszczerbek nie niesie dla powoda zbyt wielu ograniczeń w spełnieniu się w życiu rodzinnym. Powód nie jest osobą niepełnosprawną, jest aktywny zawodowo.

Powód w swej apelacji wskazał również na niedostateczne uwzględnienie przez Sąd Okręgowy skutków w sferze psychicznej, jakie odczuwa powód – wycofanie, poczucie wstydu, unikanie interakcji. Oczywiście skutków tych nie można ignorować, tym niemniej wskazać należy, że powód jest już dorosłym mężczyzną, zatem kwestie estetyki chodu nie powinny być dla niego tak istotne, jak chociażby dla młodego człowieka, dopiero wchodzącego w dorosłe życie. Z opinii biegłego L. wynika, iż nie ma obaw o pogorszenie stanu zdrowia powoda, zatem obawy powoda o przyszłość zawodową, jeśli nawet zostały stwierdzone przez biegłych, nie znajdują uzasadnienia z punktu widzenia doznanego

urazu ortopedycznego – mogą raczej rodzić konieczność poddania się przez powoda stosownej terapii. Nie mogą jednak one mieć decydującego znaczenia przy ustalaniu kwoty stosownego zadośćuczynienia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego należy mieć również na uwadze fakt, iż w pewnym zakresie poczucie krzywdy wynikające z bolesności i wielości zabiegów wynika bezpośrednio z urazów doznanych w wypadku, jakiemu powód uległ 27 czerwca 2010 r. Powód był poddawany zabiegom śrubowania kości, usuwania materiałów zespalających, co z pewnością pociągało za sobą ograniczenia w życiu powoda i bolesność. Doznany przez powoda uszczerbek na zdrowiu rzędu 20 % wynika z urazów doznanych przez powoda w wypadku, a nie na skutek wadliwego procesu leczenia powoda. Uchybienia popełnione w Centrum, jak wynika z opinii biegłego R. L. jedynie zwiększyły ten uszczerbek o ok. 20 % i wydłużyły proces leczenia o 6-8 miesięcy. Mając na uwadze wszystkie wyżej wskazane okoliczności Sąd Apelacyjny uznał, że stosowną kwotą zadośćuczynienia przysługującego powodowi w oparciu o art. 445 § 1 k.c. jest kwota 100 000 zł. Powód uzasadniając przyznania mu zadośćuczynienia w łącznej kwocie 150 000 zł w swej apelacji odwołał się do orzeczeń, w których zasądzono zostały nawet kilkusetmilionowe zadośćuczynienia, tym niemniej trzeba mieć na uwadze, że kwoty te zostały zasądzono w innych okolicznościach faktycznych.

Jeśli natomiast chodzi o zadośćuczynienie dochodzone w oparciu o art. 448 k.c. związku z art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, to zachodzi przed wszystkim konieczność uzupełnienia stanowiska Sądu Okręgowego, który, jak zostało już wyżej wskazane, nader lakonicznie odniósł się do tego roszczenia.

W ramach podstawy faktycznej roszczenia o zadośćuczynienia w kwocie 30 000 zł powód wskazał na naruszenie prawa do informacji o stanie zdrowia, istniejących i sugerowanych metodach leczenia, a także następstwach zastosowania bądź zaniechania tych metod, prawdopodobnych wynikach leczenia i rokowaniach. Powód wskazał, że nie został poinformowany o szczegółach przebiegu leczenia, został wprowadzony w błąd co do zastosowanego leczenia. Nie został poinformowany o wszystkich urazach doznanych w wypadku, gdyż nie został poinformowany o doznaniu zwichnięcia stawu skokowego. Personel Centrum, w wyniku błędnej diagnozy, przystępując do operacji nie zdiagnozował występującego u powoda podwichnięcia stawu skokowego.

Przed analizą podniesionych przez powoda twierdzeń o naruszeniu jego praw pacjenta, trzeba wskazać, iż w szczególności w doktrynie sporna jest kwestia dopuszczalności kumulacji roszczeń o zadośćuczynienie na podstawie art. 445 § 1 k.c. i art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności jeśli chodzi o sytuację, w której na skutek działań lekarzy dochodzi nie tylko do naruszenia prawa pacjenta, ale i uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Nawet bez szerszego odnoszenia się do prezentowanych w tym zakresie poglądów, zdaniem Sądu Apelacyjnego, przyjęć należy, iż taki zbieg uznać należy za dopuszczalny zwłaszcza w sytuacjach, w których dochodzi do naruszenia odrębnych dóbr pacjenta. Taka właśnie sytuacja zachodziła w niniejszej sprawie.

Co do zasady zgodzić się należy z powodem, iż doszło do naruszenia prawa powoda do informacji, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepis ten stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, tj. przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie może budzić wątpliwości, iż powodowi nie udzielono rzetelnej informacji o jego stanie zdrowia, pomimo tego, iż przy dołożeniu należytej staranności było to możliwe. Trzeba bowiem zauważyć, że przy przyjęciu powoda do izby przyjęć placówki medycznej, w której był leczony po wypadku, rozpoznano u powoda złamanie dwukostkowe podudzia lewego ze zwichnięciem w stawie skokowym górnym, uszkodzenie więzozrostu piszczelowo – strzałkowego, potłuczenie z otarciami naskórka rzepki, podudzia lewego i prawego stawu łokciowego. Dostrzeżono więc zwichnięcie w stawie skokowym. Z opinii biegłego L. wynika, iż rozpoznanie to było prawidłowe, ale niekompletne, bowiem nie zostało podane, jakiego rodzaju zwichnięcie stwierdzono u powoda – przednie, tylne czy boczne. Powód po przyjęciu na oddział Centrum, nie został jednak poinformowany o wszystkich urazach doznanych w wypadku oraz o możliwych i wskazanych metodach leczenia, w szczególności o konieczności w pierwszej kolejności usunięcia zwichnięcia stawu skokowego, tj. repozycji zwichnięcia oraz o tym, że dopiero po usunięciu tego urazu winno nastąpić zespolenie odłamów kostnych oraz usunięcie istniejącego rozstępu kości piszczelowej i strzałki w obrębie więzozrostu.

Po przyjęciu powoda na oddział lekarze skupili się na leczeniu złamania i uszkodzonego więzozrostu, nie dostrzegając stwierdzonego już na izbie przyjęć i widocznego na zdjęciach RTG zwichnięcia stawu.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjentów przewiduje odpowiedzialność tylko za zawinione naruszenie wskazanych w tej ustawie praw pacjenta, w tym za zawinione naruszenie prawa do informacji. W grę wchodzi również wina nieumyślna – *culpa levisissima*. Z opinii biegłego R. L. wynika, że zwichnięcie stawu przeoczono – musiało ono być widoczne podczas zabiegu 28 czerwca 2010 r., w trakcie którego posługiwano się aparaturą (...). Co istotne, zwichnięcie stawu skokowego zostało faktycznie zdiagnozowane przy przyjęciu powoda na izbę przyjęć, gdyż w opisie urazów powoda zwichnięcie stawu skokowego zostało wskazane, nie zostało jedynie dokładnie opisane. Musiało zatem być widoczne na zdjęciu RTG wykonanym tuż po przyjęciu powoda na izbę przyjęć. Pomimo tego, lekarze przeprowadzający operację tego zwichnięcia nie dostrzegli i w konsekwencji nie poinformowali powoda o konieczności jego usunięcia w trakcie planowanej operacji, a w konsekwencji, nie poinformowali powoda również o prawidłowej kolejności, w jakiej urazy winny być usunięte. Dopuszcili się zatem naruszenia prawa powoda do informacji z winy nieumyślnej, gdyż przy dołożeniu należytej staranności mogli byli stwierdzić uraz w postaci zwichnięcia stawu skokowego i poinformować powoda o konieczności usunięcia tego urazu przed zespoleniem kości. Co istotne, nieusunięte w trakcie operacji przeprowadzonej 28 czerwca 2010 r. podwichnięcie stawu skokowego było widoczne również na zdjęciu RTG wykonanym 14 lipca 2010 r. oraz na zdjęciach RTG wykonanych w okresie późniejszym, w tym na zdjęciu z 22 września 2010 r. Po zdjęciu opatrunku gipsowego we wrześniu 2010 r. stwierdzono przednie podwichnięcie lewego stawu skokowego, ale powód nie został poinformowany o stwierdzonym urazie, nie został również poinformowany o konieczności leczenia operacyjnego. Wobec powoda zastosowano jedynie leczenie zachowawcze. Tymczasem biegły R. L. jednoznacznie stwierdził, że powód wówczas winien był być poddany leczeniu operacyjnemu. Powód o takiej konieczności nie został poinformowany we wrześniu 2010 r. po stwierdzeniu istniejącego zwichnięcia. Tymczasem prawo pacjenta do informacji nie kończy się z momentem udzielenia zgody na zabieg, lecz obejmuje powinność przystępnego informowania o wynikach przeprowadzonego leczenia, dalszym postępowaniu diagnostycznym lub terapeutycznym, rokowaniach dotyczących stanu zdrowia itd.

Reasumując, zgodzić się należy z powodem, iż doszło do zawinionego naruszenia prawa powoda, jako pacjenta, do informacji.

Trafnie wskazał również powód na naruszenie jego prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody w rozumieniu art. 15 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pacjent ma prawo z całą świadomością padać się zabiegowi bądź też z niego zrezygnować. Zgoda na zabieg musi być wynikiem świadomego wyboru. Przez zabiegiem przeprowadzonym 28 czerwca 2010 r. powód udzielił pisemnej zgody na zabieg. Co prawda w dokumencie zgody udzielonej przez powoda w ramach opisu natury schorzenia mowa jest o złamaniu dwukostnym podudzia ze zwichnięciem stawu skokowego, ale zgoda została udzielona wyłącznie na repozycję i zespolenie złamania dwukostnego podudzia lewego śrubami i drutami Kirchnera. Powód wyraził zgodę na przeprowadzenie zabiegu zespolenia złamanych kostek oraz ustabilizowania więzozrostu, w sytuacji, gdy będąc prawidłowo poinformowanym pacjentem zarówno o zakresie niezbędnych zabiegów, a więc również o konieczności usunięcia zwichnięcia stawu skokowego, ale i skutkach pominięcia tego zabiegu, udzieliłby zgody na te zabiegi wyłącznie w sytuacji, gdyby były poprzedzone usunięciem zwichnięcia. Z opinii biegłego L. wynika bowiem, że dleczenie operacyjne złamanych kostek i uszkodzonego więzozrostu było prawidłowe, to błędem było niedokonanie repozycji odprowadzenia zwichniętej kości skokowej. Biegły L. jednoznacznie stwierdził w swej opinii, że w trakcie zabiegu, któremu poddany był powód 28 czerwca 2010 r., nie usunięto zwichnięcia stawu skokowego, a należało w pierwszej kolejności usunąć zwichnięcie, a dopiero później przystąpić do repozycji i zespalania kości. Naruszenie prawa powoda do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych było w tym przypadku konsekwencją nieudzielenia powodowi informacji o wszystkich doznanych przez niego urazach i o kolejności, w jakiej poszczególne urazy winny być operowane.

Kolejnym uchybieniem, jakiego dopuszczono się podczas leczenia powoda, było naruszenie prawa powoda, jako pacjenta, do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej w rozumieniu art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Do naruszenia tego prawa powoda doszło nie tylko

poprzez dokonanie podczas operacji w dniu 28 czerwca 2010 r. zespolenia kości bez usunięcia zwłknięcia stawu skokowego, lecz również na dalszym etapie leczenia powoda - po rozpoznaniu zwłknięcia we wrześniu 2010 r. z deficytem wyprostów, należało bowiem skierować powoda na leczenie operacyjne, a nie poprzestawać na zaleceniu noszenia pod piętą korka. Co więcej, z opinii biegłego R. L. wynika, że również decyzja o zakończeniu leczenia 9 marca 2011 r. nie była prawidłowa. Personel medyczny nie zachował również staranności w ocenie prawidłowości gojenia się rany pooperacyjnej powoda po usunięciu śrub 18 lutego 2011 r. Po konsultacji 9 marca 2011 r. odnotowano, że rana została zagojona, ale 13 maja 2011 r. stwierdzono wysięk z rany. Po dokonaniu błędnej diagnozy i włączeniu nieodpowiedniego leczenia nie próbowano znaleźć przyczyny złego stanu zdrowia, stwierdzając zakończenie leczenia przy utrzymujących się dolegliwościach bólowych i trudnościach z poruszaniem się.

Reasumując, zgodzić się należy z powodem, iż doszło do naruszenia prawa powoda jako pacjenta. Przy szacowaniu kwoty zadośćuczynienia trzeba mieć jednakże na uwadze, że do większości wyżej opisanych naruszeń praw pacjenta doszło na skutek niewłaściwej diagnozy urazów doznanych przez powoda. To na skutek tego uchybienia doszło do naruszenia prawa powoda do informacji, prawa powoda do uświadomionej zgody i prawa do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Krzywda odczuwana przez powoda w znacznej mierze jest spowodowana doznaniem uszczerbkiem na zdrowiu będącym wynikiem wadliwie przeprowadzonego leczenia. Krzywda powoda wynikająca z naruszenia jego praw, jako pacjenta, jest zdecydowanie mniejsza. Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny uznał, że stosowna kwotą zadośćuczynienia z tytułu naruszenia prawa powoda jako pacjenta, jest kwota 20 000 zł.

Sąd Okręgowy zasądził na rzecz powoda kwotę 60 000 zł, dlatego też Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w punkcie czwartym częściowo w ten sposób, że zasądził od Województwa (...) i (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz P. K. tytułem zadośćuczynienia kwotę 60 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 marca 2013 r. do dnia zapłaty, przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego. Konsekwencją tej zmiany rozstrzygnięcia co do roszczeń głównych, jest zmiana rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu polegająca na ustaleniu, iż powód ponosi 44 % kosztów procesu, a pozwani 56 % tych kosztów, gdyż powód wygrał w 56%, a pozwani w 44%. Co prawda powód w swej apelacji podniósł zarzut naruszenia art. 100 zd. 2 k.p.c. art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych poprzez ich niezastosowanie, ale w ocenie Sądu Apelacyjnego zarzut ten nie jest zasadny. U podstaw tych zarzutów legło przekonanie powoda, iż zarzut naruszenia poprzez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony, przemawiający za odstąpieniem od obciążenia powoda kosztami sądowymi. W art. 100 k.p.c. została wyrażona zasada kompensaty kosztów procesu, która znajduje zastosowanie w wypadku częściowego uwzględnienia żądań. Stanowi ona elastyczne dostosowanie zasady odpowiedzialności za wynik sprawy do sytuacji, w której obie strony są - w różnym albo w takim samym stopniu - wygrywającym i przegrywającym zarazem. Przepis ten daje sądowi uprawnienie m.in. do stosunkowego rozdzielania kosztów, które polega na wyważonym rozłożeniu kosztów między stronami, odpowiednio do wysokości, w jakiej zostały poniesione, oraz stosownie do wyniku sprawy, tj. stopnia uwzględnienia i nieuwzględnienia żądań. Trudno stawiać Sądowi Okręgowemu zarzut naruszenia art. 100 k.p.c., w sytuacji, gdy z tego uprawnienia skorzystał. Co prawda w art. 100 zd. 2 k.p.c. przewidziana została również możliwość obciążenia tylko jednej strony całością kosztów m.in. w sytuacji, gdy przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku albo oceny sądu. Zdaniem Sądu Apelacyjnego stosunkowe rozdzielanie kosztów było w pełni prawidłowe, gdyż oddalenie powództwa w niniejszej sprawie nastąpiło nie tylko z uwagi na ustalenie przez Sąd kwot stosownego zadośćuczynienia należnego powodowi, ale i dotyczyło roszczeń, co do których nastąpiło cofnięcie pozwu. Nie ma również racji powód wskazując, że w sprawie zachodzi wypadek szczególnie uzasadniony, przemawiający za odstąpieniem od obciążenia powoda kosztami sądowymi. Powód jest osobą dorosłą, nie jest uznany za osobę niepełnosprawną. Charakter roszczeń dochodzonych przez powoda, zakres doznanej krzywdy, sam przez się, wbrew oczekiwaniom powoda, nie może przesądzać o istnieniu podstaw do nieobciążania go kosztami sądowymi w części, w jakiej przegrał proces.

Apelacja powoda w pozostałym zakresie została oddalona w oparciu o art. 385 k.p.c.

Na etapie postępowania apelacyjnego powód wygrał w 50 %, dlatego też Sąd Apelacyjny zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu w postępowaniu apelacyjnym.

Powód był zwolniony od opłaty od apelacji wynoszącej 6000 zł. Na podstawie art. 113 ust. 1 i 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd Apelacyjny nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Warszawie tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od P. K. z zasądzonego na jego rzecz świadczenia kwotę 3000 zł i od Województwa (...) i (...) Spółki Akcyjnej w W. kwotę 3 000 zł, przy czym spełnienie świadczenia przez jednego z pozwanych zwalnia drugiego pozwanego.

Katarzyna Polańska - Farion Beata Kozłowska Dagmara Olczak-Dąbrowska