

Sygn. akt I ACa 1712/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 października 2016r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Jerzy Paszkowski

Sędziowie: SA Bogdan Świerczakowski (spr.)

SA Jolanta de Heij-Kaplińska

Protokolant: sekretarz sądowy Marta Puszkarska

po rozpoznaniu w dniu 14 października 2016 r. w Warszawie na rozprawie sprawy z powództwa M. B.

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

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 26 czerwca 2015 r., sygn. akt I C 182/14

I. oddala apelację,

II. zasądza od (...) spółki akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz M. B. kwotę 1800 zł (tysiąc osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Jolanta de Heij-Kaplińska Jerzy Paszkowski Bogdan Świerczakowski

Sygn. akt I ACa 1712/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 26 czerwca 2015 roku Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od pozwanego (...) S. A. w W. na rzecz powoda M. B. kwotę 100.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 maja 2014 r. tytułem zadośćuczynienia, a nadto zasądził rentę i odszkodowanie a w części oddalił powództwo. Nadto Sąd rozstrzygnął o kosztach między stronami i nieuiszczonych kosztach sądowych.

Podstawa faktyczna rozstrzygnięcia jest następująca.

Od 29 października do dnia 5 listopada 2012 r. M. B. był leczony w Oddziale (...) (...) Szpitala (...) (...) w O. z powodu silnych dolegliwości bólowych jamy brzusznej zlokalizowanych w lewym dole biodrowym. Na podstawie badań obrazowych USG, CT jamy brzusznej i miednicy małej oraz laboratoryjnych, rozpoznano zapalenie uchyłków jelita grubego i wdrożono leczenie zachowawcze polegające na podawaniu płynów infuzyjnych, leków przeciwbólowych, rozkurczowych. Po ustąpieniu dolegliwości bólowych w dniu 5 listopada 2012 r. powoda wypisano do domu z zaleceniem diety lekkostrawnej i kontroli u lekarza rodzinnego.

W dniu 27 listopada 2012 r. powód został ponownie przyjęty na ten sam oddział szpitala w O. w celu kontynuacji diagnostyki i leczenia zapalenia uchyłków jelita grubego, w tym zaplanowanej wcześniej fiberokolonoskopii. Przygotowano go do badania kolonoskopowego, które przeprowadzono 28 listopada 2012 r. W badaniu tym stwierdzono obecność uchyłków we wszystkich odcinkach jelita grubego – najliczniejsze w esicy, a ponadto stwierdzono obecność guzków krwawniczych w kanale odbytu. W czasie badania powód sygnalizował lekarzowi silne bóle, jednak lekarz nie przerwał badania. Silne bóle w podbrzuszu powód zgłosił również lekarzowi zaraz po powrocie z badania; w czasie dyżuru zgłaszał je kilkakrotnie, w nocy bóle jeszcze się nasiliły, powodowi podano środki przeciwbólowe. Następnego dnia powód nadal był cierpiący, więc zlecono komplet badań morfologicznych oraz badanie RTg przeglądowe jamy brzusznej w pozycji stojącej z ujęciem przepony i zdjęcie RTg klatki piersiowej, na podstawie których rozpoznano przedziurawienie przewodu pokarmowego. Powoda skierowano na operację, którą wykonano w znieczuleniu ogólnym. Zabieg polegał na zwiadowczym otwarciu jamy brzusznej, kontroli jamy otrzewnej, zeszyca okrężnicy w miednicy małej, przetoce kałowej w lewym podbrzuszu, drenażu jamy otrzewnej. Rozpoznano przedziurawienie okrężnicy w okolicy zagięcia esiczo-prostniczego, lokalne zapalenie otrzewnej miednicznej, bardzo duże zrosty esicy po nawracającym zapaleniu uchyłków w wywiadzie. Otwór przedziurawienia zeszyto dwupiętrowo naszywając dodatkowo płatek sieci, po uruchomieniu esicy wyłoniono jej pętlę na drenie lateksowym w lewym podbrzuszu, nie otwierając jej doraźnie. Wyłonioną pętlę jelitową otwarto w dniu 30 listopada 2012 r. i od 2 grudnia 2012 r. rozpoczęto żywienie dojelitowe dietą płynną. Gojenie rany pooperacyjnej było powikłane niewielkim wyciekaniem treści ropnej ze środkowego i dolnego bieguna; w dniu 9 grudnia 2012 r. zdjęto szwy skórne, rana się zagoiła. Stomia jelitowa funkcjonowała prawidłowo, została zaopatrzona workiem stomijnym. Powoda wypisano do domu w dniu 14 grudnia 2012 r. z zaleceniem diety wysokobiałkowej i oszczędzającego trybu życia. Do 25 marca 2013 r. był leczony ambulatoryjnie w poradni ogólnej szpitala w O. z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych oraz okresowych stanów zapalnych okolicy stomii jelitowej.

Z powodu dolegliwości bólowych powód był ponownie hospitalizowany w szpitalu w O. w dniach od 7 do 14 stycznia 2013 r., następnie od 9 do 13 września 2013 r., od 1 do 10 października 2013 r. (podczas tej hospitalizacji rozpoznano przepuklinę okołostomijną), od 7 do 9 listopada 2013 r. (w badaniu kolonoskopii przez stomię rozpoznano ponownie przepuklinę okołostomijną). Od 9 do 18 kwietnia 2014 r. powód przebywał w Szpitalu (...) w W., gdzie 10 kwietnia 2014 r. poddany został zabiegowi operacyjnemu odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego oraz plastyki przepukliny okołostomijnej z użyciem siatki polipropylenowej z drenażem rany. Kolejne hospitalizacje powoda miały miejsce w dniach 4-7 maja 2014 r. oraz 9-22 maja 2014 r. i były spowodowane dolegliwościami bólowymi brzucha powoda. Rozpoznano wówczas u powoda zakażenie laseczkami beztlenowymi po długotrwałej antybiotykoterapii, które po leczeniu ustąpiło.

Powód wymagał całodobowej opieki ze strony osób drugich do chwili przywrócenia ciągłości jelit, co nastąpiło 10 kwietnia 2014 r., z wyjątkiem okresów pobytów w szpitalu. W okresie, kiedy powód miał wyłonioną stomię trzeba było ciągle mu pomagać, zmieniać worki stomijne, które co chwila się odklejały, opaski, gazę, opatrunki. Wymagał pomocy przy myciu, ubieraniu, do dziś wymaga pomocy, choć przed zabiegiem kolonoskopii z 28 listopada 2012 r. był całkiem samodzielny. Powód czuł ból i dyskomfort, pojawiły się odparzenia i przepuklina.

W ramach oceny dowodów Sąd wyjaśnił, że oparł się m.in. na opiniach biegłych, posiadających wiadomości specjalne oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe. Obydwaj biegli zgodni byli co do tego, że przedziurawienie jelita grubego w czasie zabiegu kolonoskopii nie było błędem lekarskim, lecz powikłaniem, które się czasem zdarza. Byli zgodni również we wnioskach co do zbyt późnego rozpoznania wystąpienia perforacji jelita grubego. Biegły F. W. w sposób bardzo obrazowy i logiczny na rozprawie w dniu 19 czerwca 2015 r. wyjaśnił i ocenił przebieg październikowej i listopadowej hospitalizacji powoda szczegółowo uzasadniając swoje stanowisko. Wynika z niego, że w czasie obydwu hospitalizacji doszło do popełnienia błędów, które ostatecznie spowodowały u powoda trwałe i długotrwałe uszczerbek na zdrowiu. Opinia tego biegłego miała kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Ocenę prawną roszczenia Sąd rozpoczął od zakwalifikowania odpowiedzialności pozwanego w ramach art. 430 k.c. zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej

czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Jest to tzw. odpowiedzialność na zasadzie ryzyka, dla której nie ma znaczenia wina powierzającego, ale wina osoby, której powierzono wykonanie czynności. Dla przyjęcia tej odpowiedzialności konieczne jest spełnienie następujących przesłanek: wyrządzenie szkody przez podwładnego, wina podwładnego, wyrządzenie szkody przy wykonywaniu czynności powierzonych podwładnemu, związek przyczynowy pomiędzy czynem niedozwolonym a szkodą. Ciężar wykazania wyżej wymienionych przesłanek spoczywa na powodzie, jako osobie wywodzącej skutki prawne z zaniechania przeprowadzenia właściwej diagnostyki pomimo wystąpienia objawów, które nakazywałyby jej wykonanie, a także właściwego leczenia zapalenia uchyłków wdrożeniem antybiotykoterapii, zbyt wczesnego wykonania zabiegu kolonoskopii w warunkach niewyleczonego zapalenia uchyłków jelita grubego, wreszcie zbyt późnego zdiagnozowania przedziurawienia jelita, co skutkowało koniecznością wyłonienia stomii (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 3 czerwca 2014 r., I ACa 1494/13, Lex nr 1493819, por. też wyrok Sądu Najwyższego z 8 stycznia 1965 r., II CR 2/65, OSP 1967/9/220 z glosą A. Szpunara tamże, oraz W. Czachórski, Zobowiązania, 2002, s. 224; Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania, 2008, nb 546; M. Sośniak, Cywilna odpowiedzialność lekarza, Warszawa 1977, s. 37-43).

Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym (wyrok Sądu Najwyższego z 1 kwietnia 1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7). Wśród błędów lekarskich wyróżnia się błędy diagnostyczne (rozpoznanie) i terapeutyczne (błędy w leczeniu). Błąd diagnostyczny jest tym, który wywiera zwykle najdonioślejsze konsekwencje, wpływa bowiem ujemnie na cały dalszy proces leczenia chorego, a często rodzi nieodwracalne skutki. Polega bądź na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź częściej na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, co prowadzi następnie do pogorszenia jego stanu zdrowia. Błąd taki wynika zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz stawiający diagnozę. O zaistnieniu elementu obiektywnego winy lekarza decyduje naruszenie przez niego praw pacjenta, zaś element subiektywny wiąże się z możliwością postawienia lekarzowi w konkretnej sytuacji zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w rezultacie nagannego zachowania się. Wśród praw pacjenta, o których mowa w art. 18 i 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (w brzmieniu obowiązującym w czasie hospitalizacji powoda w szpitalu w O. tl.. Dz. U. 2007.14.89), w kontekście podstawy faktycznej powództwa na pierwszy plan należy wysunąć prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Z prawem tym skorelowany jest obowiązek lekarza wynikający z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (w brzmieniu obowiązującym w czasie hospitalizacji powoda w szpitalu w O. tj.. Dz.U. 2008.136.857) polegający na wykonywaniu zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Błąd lekarski staje się zawiniony, jeżeli wynika z niedbalstwa albo z braku ostrożności lekarza, ponieważ działając z wymaganą przezornością mógłby błędu tego uniknąć. Ogólnie przyjęte w judykaturze jest stanowisko, iż „błędy diagnostyki i terapii stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego” (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 27 czerwca 2007 r., VI ACa 108/07). Błąd diagnostyczny polega na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta. W toku postępowania cywilnego, w którym strona powodowa zarzuca popełnienie błędu diagnostycznego należy ustalić, czy błędne rozpoznanie było usprawiedliwione występującymi objawami, czy też wynikało z przyczyn zawinionych przez lekarza (np. nieprzeprowadzenia dodatkowych badań, mylnego odczytania wyniku badania, zaniechania konsultacji z innym specjalistą). Mimo takiego błędu lekarz nie odpowiada, gdy przedsięwziął wszystko, co w danych okolicznościach było konieczne i możliwe, gdyż nie można wymagać od niego nieomyślności.

Odnosząc powyższe rozważania do poczynionych w sprawie ustaleń Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że powód dowiódł wystąpienie przesłanek odpowiedzialności szpitala w O., za który w niniejszym sporze odpowiedzialność cywilną ponosi pozwany. Po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa strona powodowa odpowiedzialności pozwanego szpitala upatrywała w nieprawidłowościach podczas obydwu hospitalizacji powoda, które miały miejsce w 2012 r. w warunkach błędu w sztuce medycznej personelu wykwalifikowanego. W celu dokonania oceny, czy personel szpitala powiatowego dopuścił się błędu w sztuce medycznej Sąd zasięgnął opinii biegłych lekarzy specjalistów, ponieważ uznał, że do takiej oceny niezbędne są wiadomości specjalne.

Zgromadzone w sprawie dowody, a w szczególności dowody z opinii biegłych dają podstawy do uznania, iż w trakcie pierwszej hospitalizacji M. B. doszło do popełnienia błędu medycznego w postaci zaniechania wdrożenia antybiotykoterapii rozpoznanego zapalenia uchyłków jelita grubego i poprzestaniu na leczeniu objawowym, zachowawczym. Jak podkreślił biegły F. W. błędem lekarskim było również skierowanie powoda na zabieg kolonoskopii w celu diagnostyki nowotworowej w sytuacji, gdy nie wyleczono jeszcze zapalenia uchyłków jelita, a ponadto w obliczu istnienia innych metod diagnostycznych, takich jak badanie CT, czy RTg z kontrastem. Te zaniechanie należało – za biegłym – ocenić jako sprzeczne z aktualnym poziomem wiedzy i praktyki medycznej. W konsekwencji doszło u powoda do przeprowadzenia bardzo inwazyjnego badania kolonoskopowego w czasie trwającego zapalenia uchyłków, które dodatkowo zostało powikłane przedziurawieniem jelita. Jakkolwiek samo wystąpienie perforacji nie miało miejsca w warunkach błędu lekarskiego, to gdyby podjęto prawidłową decyzję o leczeniu w pierwszej kolejności zapalenia uchyłkowego jelita grubego oraz wdrożono by diagnostykę CT bądź RTg z kontrastem to możliwe, że zabieg kolonoskopii w ogóle nie byłby przeprowadzony. Następnym błędem lekarskim, na który wskazali obydwaj wydający opinie w sprawie biegli lekarze było zbyt późne zdiagnozowanie perforacji jelita. Jakkolwiek biegli podali, że nie ma pewności czy szybsze rozpoznanie wystąpienia tej perforacji uchroniłoby powoda przed koniecznością wyłonienia stomii, gdyż zależy to każdorazowo od oceny chirurga, to jednak biegły F. W. nie wykluczył, że gdyby wcześniej rozpoznano – a były ku temu podstawy – przedziurawienie jelita, to można byłoby poprzestać na jego zszytciu bez konieczności wyłonienia stomii.

Obydwaj biegli wskazali, że powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu wynoszącego 10% w związku z uszkodzeniem jelita grubego, zaś czasowe utrzymywanie przetoki kałowej (sztucznego odbytu – stomii) – od listopada 2012 r. do kwietnia 2014 r. spowodowało 20% długotrwały uszczerbek na zdrowiu powoda. Biegli zgodni byli także co do tego, że dolegliwości bólowe u powoda wiązały się i nadal wiążą z chorobą uchyłkową jelit, na którą cierpiał przed zabiegiem kolonoskopii.

W dalszej kolejności, przyjmując wykazanie w procesie odpowiedzialności podmiotu leczniczego za błąd lekarski wynikający z zaniechania wdrożenia antybiotykoterapii w zapaleniu schyłkowym jelita grubego, niewdrożenia prawidłowej diagnostyki nowotworowej (CT bądź RTg z kontrastem), lecz skierowanie na kolonoskopię w czasie trwającego zapalenia uchyłków jelita grubego, oraz zbyt późne przeprowadzenie badań w postaci przeglądowych zdjęć RTG jamy brzusznej, które ujawniły istnienie perforacji jelita grubego w stanie zapalenia otrzewnej, doprowadziło do wystąpienia rozstroju zdrowia powoda i konieczności wyłonienia sztucznego odbytu na okres półtora roku, Sąd rozważył żądania zgłoszone przez powoda.

Zgodnie z art. 445 k.c. zadośćuczynienie stanowi formę rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej, określanej również jako krzywda, która przejawia się w ujemnych doznaniach (cierpieniach) fizycznych i psychicznych wywołanych uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia (art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.). Uszkodzenie ciała jest to naruszenie integralności cielesnej pozostawiające ślady zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne, tj. uszkodzenie narządów wewnętrznych. Rozstrój zdrowia to natomiast inne postaci zakłócenia w funkcjonowaniu organizmu. Krzywda jest zatem następstwem uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Polega na odczuwaniu cierpienia fizycznego (ból i innych dolegliwości) i psychicznego (ujemnych uczuć przeżywanych w związku z wypadkiem). Powód wskutek bezprawnego zawinionego zaniechania personelu medycznego szpitala w O. doznał rozstroju zdrowia, który spowodował powstanie 20% długotrwałego uszczerbku na zdrowiu związanego z koniecznością wyłonienia sztucznego odbytu, co uzasadnia przyznanie mu zadośćuczynienia w oparciu o powołane wyżej przepisy. Należało rozważyć jednak zgłoszone żądanie zadośćuczynienia pod kątem jego wysokości.

Powód domagał się zadośćuczynienia w kwocie 200.000 zł i jest to żądanie zawyżone, nieadekwatne do rozmiaru krzywdy będącej następstwem zaniedbań ze strony personelu lekarskiego szpitala w O.. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie cierpienia osoby poszkodowanej (tak Gerard Bieniek w Komentarzu do kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Zobowiązania, teza 13 i 14 do art. 445, Warszawa 1999). Ustawa stwierdza jedynie, że sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia. Ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia Sąd Okręgowy odwołał się do kryteriów wypracowanych przez orzecznictwo i

zaznaczył, że należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopień i czas trwania cierpień psychicznych i fizycznych, trwałość skutków czynu niedozwolonego, prognozy na przyszłość, wiek poszkodowanego, a także przyczynienie się poszkodowanego do powstania szkody. Powód wskutek błędów lekarskich doznał ostatecznie rozstroju zdrowia nie skutkującego trwałym, lecz długotrwałym (półtora roku) uszczerbkiem na zdrowiu, wynoszącym 20%, trwały uszczerbek ustalony został bowiem jako następstwo powikłania w postaci perforacji jelita grubego. Gdyby powoda poddano prawidłowej diagnostyce i leczeniu w czasie pierwszej hospitalizacji to nie doszłoby do zabiegu kolonoskopii i w konsekwencji perforacji jelita oraz wyłonienia stomii. Błędy jakie popełniono w stosunku do powoda spowodowały, że przez półtora roku miał wyłonioną przetokę kałową, która niosła za sobą ból, dyskomfort, konieczność pomocy osób drugich. Wiązała się z wystąpieniem odparzeń i przepukliny okołostomijnej. Fakt, iż powód cierpiał na chorobę uchyłkową jelit, która wiązała się i wiąże z dolegliwościami bólowymi, skłonił Sąd do ustalenia zadośćuczynienia na poziomie 100.000 zł., a nie żądanym przez powoda (200.000 zł). Do perforacji jelita doszło jednak wskutek powikłania a nie błędu. Sąd wziął również pod uwagę to, że wyłonienie sztucznego odbytu i tak najprawdopodobniej by nastąpiło, nawet gdyby przedziurawienie jelita zdiagnozowano wcześniej. Niemniej jednak, gdyby wdrożono leczenie zapalenia uchyłków oraz właściwą dostępną diagnostykę nowotworową w postaci badania CT i RTg z kontrastem do zabiegu kolonoskopii i tym samym perforacji jelita mogłoby w ogóle nie dojść. Ustalona suma zadośćuczynienia na poziomie 100.000 zł winna złagodzić krzywdę i cierpienie powoda. Odsetki ustawowe należne powodowi od kwoty 100.000 zł zostały przyznane od 24 maja 2014 r. na podstawie art. 817 § 1 k.c. – wraz z upływem 30 dni od doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, co nastąpiło w dniu 24 kwietnia 2014 r. (z.p.o. k. 184).

Na podstawie art. 444§ 2 k.c. Sąd zasądził skapitalizowaną rentę na zwiększone potrzeby za okres od 1 grudnia 2012 r. do dnia 31 stycznia 2014 r. w kwocie 14.616 zł oraz rentę za okres od 1 lutego do 30 kwietnia 2014 r., w wysokości 1.044 zł miesięcznie. Na podstawie art. 444 § 1 k.c. zostało zasądzone odszkodowanie w wysokości 152,30 zł. O kosztach procesu Sąd rozstrzygnął przy zastosowaniu art. 100 zdanie pierwsze k.p.c. przy uwzględnieniu, że powód wygrał proces w połowie i korzystał z całkowitego zwolnienia od kosztów sądowych.

Pozwany wniósł apelację, w której zaskarżył wyrok w części zasądzającej zadośćuczynienie powyżej kwoty 60.000 zł, a więc co do kwoty 40.000 zł wraz z odsetkami. Zarzucił naruszenie art. 445 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwą wykładnię prowadzącą do ustalenia, że w stanie sprawy „odpowiednia suma” zadośćuczynienia za powstały podczas leczenia w szpitalu rozstrój zdrowia, który spowodował część 20 % długotrwałego uszczerbku na zdrowiu to 100.000 zł oraz naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. w zw. art. 362 k.c. poprzez dokonanie błędnej oceny materiału dowodowego oraz przekroczenie granic swobodnej oceny wskutek przyjęcia, iż „w czasie obydwu hospitalizacji doszło do popełnienia błędów, które ostatecznie spowodowały u powoda trwały i długotrwały uszczerbek na zdrowiu”, nienadanie właściwej wagi ustaleniu, że samo uszkodzenie jelita miało charakter jatrogenny, a późniejsze jego zdiagnozowanie być może jedynie zwiększyło skutki, za co ewentualnie odpowiada szpital, mające bezpośredni wpływ na wynik postępowania.

Skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa co do kwoty 40.000 zł z odsetkami oraz odpowiednią zmianę orzeczenia o kosztach.

Powód domagał się oddalenia apelacji i zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest niezasadna.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. został w apelacji wskazany w powiązaniu z art. 362 k.c. Ten ostatni przepis nie był przez Sąd Okręgowy stosowany i nie mógł zostać naruszony. W opisanym stanie faktycznym w żadnym razie nie można stwierdzić, że powód przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody.

Jeśli chodzi o ustalenia Sądu odnośnie uszczerbku na zdrowiu powoda, to w uzasadnieniu wyroku zostało stwierdzone, iż uszczerbek ten występował czasowo – przez półtora roku – jako następstwo błędów w sztuce lekarskiej (k.416).

Jednak trzeba mieć na uwadze, że sytuacja w tej sprawie była złożona. O ile bowiem perforacja jelita grubego stanowiła powikłanie, to jednak nie doszłoby do niego gdyby nie zabieg kolonoskopii, niewątpliwie co najmniej przedwczesny ze względu na schorzenie powoda w postaci zapalenia uchyłków jelita grubego i najprawdopodobniej w ogóle zbędny, wobec istnienia innych, mniej inwazyjnych metod diagnostyki i leczenia. Sąd miał pełne podstawy w materiale dowodowym, w szczególności w opinii biegłego F. W., by stwierdzić, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy błędami polegającymi na: zaniechaniu wdrożenia antybiotykoterapii rozpoznanego zapalenia uchyłków jelita i poprzestaniu na leczeniu objawowym, zastosowaniu inwazyjnego badania kolonoskopowego zamiast bezpiecznego badania CT czy RTg z kontrastem, a także, choć miało to mniejsze znaczenie - zbyt późnym stwierdzeniem perforacji jelita, a uszczerbkiem na zdrowiu powoda.

Zatem mógł Sąd ustalić zadośćuczynienie z uwzględnieniem szeroko opisanych w podstawie faktycznej cierpień powoda, związanych z kolejnymi pobytami w szpitalach, znoszeniem zabiegów i operacji, długotrwałym brakiem samodzielności (zdaniem na inne osoby), jak i wynikających z konieczności wydalania treści jelitowych za pomocą stomii przez okres półtora roku. Trzeba zarazem odnotować, że Sąd uwzględnił fakt, iż część cierpień, zwłaszcza bólu, spowodowana była istniejącą wcześniej, chorobą uchyłkową jelit. Z motywów orzeczenia wynika również, że powództwo o zadośćuczynienie zostało w połowie oddalone m.in. ze względu na stwierdzenie, że perforacja jelit była powikłaniem, a nie skutkiem błędu lekarskiego. Można byłoby tu mówić o pewnej niekonsekwencji Sądu, ale tylko jeśliby nie uwzględnić wspomnianej na wstępie złożoności sytuacji. Trzeba mieć na uwadze, że perforacja nie była błędem lecz powikłaniem, do którego wszakże by nie doszło gdyby nie zdecydowano o ryzykownym i niekoniecznym zabiegu kolonoskopii. Zatem w istocie wydaje się uprawnione przyjęcie, że Sąd Okręgowy miał na uwadze niejako mniejszy stopień zawinienia szpitala jeśli chodzi o przedziurawienie jelita grubego i pośredni charakter odpowiedzialności za to powikłanie - jednak pozostające w adekwatnym związku przyczynowym z wymienionymi wyżej błędami lekarskimi.

Skarżący akcentuje wypowiedź biegłego, że nie można całkowicie wykluczyć, iż nawet przy odpowiednio wczesnym rozpoznaniu przedziurawienia jelita mogłoby powstać zapalenie otrzewnej. Cytowane sformułowanie wskazuje jednakże na niewielkie prawdopodobieństwa takiego właśnie skutku. Przyjęcia w takiej sytuacji wersji niekorzystnej dla poszkodowanego nie dałoby się racjonalnie uzasadnić. Poza tym z uzasadnienia wyroku nie wynika, by zapalenie otrzewnej miało znaczący wpływ na ustalenie sumy zadośćuczynienia.

Zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w razie rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Z natury rzeczy nie jest możliwe zniesienie poczucia krzywdy, a przyznane środki mają jedynie łagodzić ujemne następstwa wywołane cierpieniami fizycznymi i psychicznymi, u których podstaw leży zdarzenie prawne w postaci czynu niedozwolonego osoby trzeciej. Niewątpliwie ich rozmiar bardzo trudno wyrazić w wymiernej kwocie pieniężnej. Niemniej, bogate na tym tle orzecznictwo dostarcza pewnych wskazówek. Konieczne jest utrzymanie zadośćuczynienia w rozsądnych granicach odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 22 marca 1978 r., IV CR 79/78, Lex nr 8087). Zwraca się przy tym uwagę, że zadośćuczynienie nie może być źródłem wzbogacenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2000 r., III CKN 582/98, Lex nr 52776). Z drugiej strony Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach wielokrotnie podkreślał, że ze względu na kompensacyjny charakter zadośćuczynienia jego wysokość musi przedstawiać odczuwalną wartość ekonomiczną adekwatną do warunków gospodarki rynkowej. Zwracał też uwagę, że nie można akceptować stosowania taryfikatora i ustalania wysokości zadośćuczynienia według procentów trwałego uszczerbku na zdrowiu, że zdrowie ludzkie jest dobrem o szczególnie wysokiej wartości w związku z czym zadośćuczynienie z tytułu uszczerbku na zdrowiu powinno być odpowiednio duże, oraz że nietrafne byłoby posługiwanie się przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia jedynie określonymi jednostkami przeliczeniowymi w postaci najniższego czy średniego wynagrodzenia pracowniczego. Podkreślał też, że uwzględnianie stopy życiowej społeczeństwa przy określaniu wysokości zadośćuczynienia nie może podważać jego kompensacyjnej funkcji (por. wyroki: z 10 lutego 2004 r., IV CK 355/02, Lex nr 897875, z 27 lutego 2004 r., V CK 282/03, Lex nr 183777, z 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, Lex nr 153254, z 10 marca 2006 r., IV CSK 80/05, OSNC 2006/10/175 i z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05, Lex nr 198509).

Funkcją zadośćuczynienia pieniężnego ma być naprawienie szkody niemajątkowej wyrażającej się krzywdą w postaci cierpień fizycznych i psychicznych. Przy ustaleniu jego wysokości należy więc odwoływać się do przesłanek subiektywnych, tj. stopnia i intensywności ujemnych doznań, zakresu, czasu ich trwania, nieodwracalności następstw, indywidualnej sytuacji poszkodowanego. Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Obejmuje ono zarówno cierpienia już doznane, jak i przyszłe (por. G. Bieniek, „Komentarz do kodeksu cywilnego, Księga trzecia, Zobowiązania, tom 1, wyd. Lexis Nexis 2009 r., str. 600).

Zakres cierpień powoda usprawiedliwia przyznanie zadośćuczynienia w kwocie 100.000 zł. Zważywszy na ich intensywność i długotrwałość, w żadnym razie nie można uznać zasądzonej kwoty za rażąco wygórowaną. Sąd I instancji racjonalnie wyważył racje obu stron i uwzględnił powództwo w takim zakresie, że wyrok spełnia funkcję kompensacyjną, nie prowadząc zarazem do nieuzasadnionego wzbogacenia poszkodowanego. Stawiając zarzut zawyżenia kwoty na tle orzecznictwa sądowego skarżący nie wskazał na żadną konkretną kwotę zadośćuczynienia, ani na podobny stan faktyczny. W sprawie w której zapadł wyrok wymieniony w apelacji wytłuszczonym drukiem, tj. II CSK 436/13, skutki zdarzenia szkodzącego były nieporównanie bardziej doniosłe dla poszkodowanego ale i kwota zadośćuczynienia niewspółmierna do zasądzonej wyrokiem poddanym kontroli instancyjnej w tej sprawie, bo wynosząca łącznie 500.000 zł.

Z przedstawionych względów, przyjmując za swoje ustalenia Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny orzekł jak w wyroku na podstawie art. 385 k.p.c. Orzeczenie o kosztach zapadło na podstawie art. 98 w zw. z art. 99 k.p.c. i obejmuje wynagrodzenie radcy prawnego reprezentującego powoda w postępowaniu apelacyjnym, w stawce minimalnej.